أمراض الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الرأس والرقبة

OTO - RHINO - LARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY

لطلبة الطب وأطباء الرعاية الأولية

for Medical Students & General Practitioners



Prof. Tarek Saleh Jamal

تأليف : أ. د. طارق صالح جمال

ترجمة

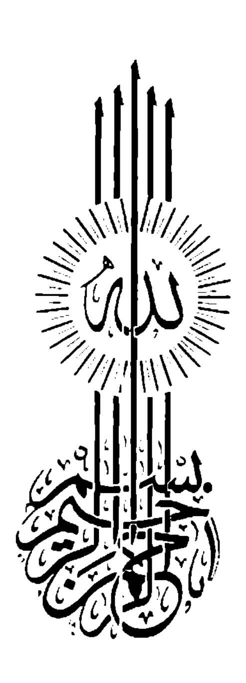
د. عبدالرحمن بن أحمد السنوسي



جامعة الملك سعود

النشر العلمي و المطابع


منتدى إقراء الثقافي


الله
بسم الله الرحمن الرحيم

أمراض الأنف والأذن والحنجرة
وجراحة الرأس والرقبة

لطلبة الطب وأطباء الرعاية الأولية

تأليف

أ.د. طارق صالح جمال

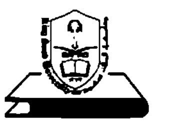
جامعة الملك عبد العزيز

ترجمة

د. عبد الرحمن بن أحمد السنوسي

استشاري أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أستاذ مساعد بكلية الطب - جامعة الملك سعود



النشر العلمي والمطابع - جامعة الملك سعود

ص.ب ٦٨٩٥٣ - الرياض ١١٥٣٧ - المملكة العربية السعودية

هذه ترجمة عربية مصرح بها من مركز الترجمة بالجامعة لكتاب:

Oto-Rhino-Laryngology Head & Neck Surgery

By: Tarek Saleh Jamal

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية

جمال، طارق صالح

أمراض الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الرأس والرقبة./ طارق صالح جمال؛ عبدالرحمن بن أحمد السنوسي.- الرياض، ١٤٣١هـ

٢٢٢ص ؛ ١٧×٢٤ سم

ردمك: ٢-٦٣٥-٥٥-٩٩٦٠-٩٧٨

١- الأنف - أمراض ٢- الأذن - أمراض ٣- الحنجرة - أمراض

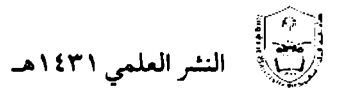
أ. السنوسي، عبدالرحمن بن أحمد (مترجم) ب. العنوان

ديوي ٦١٦,٢١ ١٤٣١/٤٢٤٨

رقم الإيداع : ١٤٣١/٤٢٤٨

ردمك : ٢-٦٣٥-٥٥-٩٩٦٠-٩٧٨

حكمت هذا الكتاب لجنة شكلها المجلس العلمي بالجامعة، وقد وافق على نشره بعد اطلاعه على تقارير المحكمين في اجتماعه السابع للعام الدراسي ١٤٣٠هـ/ ١٤٣١هـ المعقود بتاريخ ٢٨/ ١١/ ١٤٣٠هـ الموافق ١٦/ ١١/ ٢٠٠٩م



النشر العلمي ١٤٣١هـ

الإهداء

- أهدي هذا الكتاب إلى روح والدي صالح محمد جمال رحمه الله رحمة واسعة، الذي زرع في نفسي حب طلب العلم وشجعني وأعانني عليه.
- وإلى والدتي الحبيبة التي أنارت لي سبل الدنيا والدين بدعائها المبارك.
- وإلى أم أيمن رفيقة الدرب جزاها الله عني خير الجزاء.
- وإلى أبنائي وبناتي أيمن وباسم وأماني وبسمة وحاتم وحنين.
- وإلى إخواني وأخواتي وذرياتهم.
- وإلى كل محب للعلم أهدي له هذا الجهد المتواضع.
- سائلاً المولى العلي القدير أن يجعل هذا الجهد في ميزان حسناتي ويمحو به سيئاتي.
- وصلى الله على سيد الأولين والآخرين سيدنا وحبيبنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

تقديم

إنه لمن دواعي سروري أن أكتب تقديماً لهذا الكتاب حيث يعد الكتاب الثاني في أمراض الأنف والأذن والحنجرة الذي يصدر من المملكة العربية السعودية منذ عام ١٩٨١م. لم يرد لهذا الكتاب أن يكون مرجعاً ولكن كتاباً ميسراً لأطباء التخصص العام وأطباء الامتياز والمتقدمين من طلبة كلية الطب والممرضات. ولهذا السبب لم يكن شاملاً ولم تكن هنالك محاولة للشرح المفصل للعمليات الجراحية أو الإجراءات الأخرى ذات العلاقة بأمراض الأنف والأذن والحنجرة. يعتبر الكتاب دليلاً للمبتدئين بالرغم من أن بعض الطرق المتطورة قد ذكرت للقارئ ليكون على دراية بها.

ويعد تخصص الأنف والأذن والحنجرة في هذه الأيام من التخصصات الكبيرة، والمفهوم القديم عنها أنها لوز ولحمية لم يعد له مكاناً. لقد تطورت عبر السنين لتنافس الأمراض الأخرى مثل أمراض الرقبة والرأس وجراحة التجميل وجراحة قاع الجمجمة. ولقد تم في هذا الكتاب تغطيت مواضيع باختصار مثل الحوادث وعلم الأورام والأشعة والتخدير.

البروفيسور

كمال جلال داغستاني

مقدمة المترجم

يعد هذا الكتاب مرجعية سهلة ومبسطة لطلبة كلية الطب وأطباء الرعاية الأولية وبديلاً لهم عن مراجع طلبة الطب الناطقين باللغة الإنجليزية. ولقد حاولت جاهداً الاعتماد في السياق على اللغة العربية الفصحى ولكن بأسلوب سهل ودارج يسهل على القارئ فهم المادة بشكل جيد أما بالنسبة للمصطلحات فلقد تم اختيار الأفضل والأسهل والأكثر تداولاً من المعاجم والقواميس الطبية وأهمها المعجم الطبي الموحد.
وفي الختام أتقدم بخالص الشكر لجامعة الملك سعود على حرصها وتشجيعها للترجمة في كافة التخصصات وأخص بالشكر القائمين على قسم الترجمة نظير ما يقدمونه من مساعدة وتعاون مع المترجم كما أشكر جميع المحكمين لهذا الكتاب على جهدهم في مراجعة هذا الكتاب وعلى النصائح التي قدموها والتي بدورها ساهمت في إخراج هذا الكتاب بصورته النهائية.

المترجم

مقدمة الطبعة الثانية

الحمدلله والصلاة والسلام على خير خلق الله سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ومن والاه.

هذه هي الطبعة الثانية المنقحة من كتابي لطلاب وطالبات كليات الطب والأطباء العموميين، وبفضل من الله وتوفيقه وجدت استحساناً له في طبعته الأولى من كثير من الطلبة والزملاء ومن المحكمين الذين قيموه عن طريق المجلس العلمي بجامعة الملك عبدالعزيز - جدة.

ولا أريد أن أطيل عليكم في هذه المقدمة، ولكن لا بد من تقديم الشكر الجزيل لكل من أبدى لي ملاحظاته واقتراحاته والتي أخذت بها في هذه الطبعة، أخص منهم الزميل العزيز الأستاذ الدكتور صادق زاهر الأستاذ بكلية طب القاهرة، والذي بذل جهداً مشكوراً في مراجعة الكتاب وإبداء الملاحظات القيمة، وكذلك الزميل العزيز الدكتور محمد عباس استشاري جراحة العظام بالمستشفى الجامعي بكلية طب جامعة الملك عبدالعزيز بجدة وكذلك زميلي العزيز الدكتور كمال جلال داغستاني، وجميع الطلبة والطالبات الذين أبدوا بعض الملاحظات ونبهوا عن بعض الأخطاء المطبعية، كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل للزميل العزيز الدكتور عبدالرحمن السنوسي الأستاذ المساعد بكلية طب جامعة الملك سعود بالرياض لترجمته كتابي هذا للعربية، وعمله

هذا في مرحلة المراجعة النهائية ليصدر بعدها بالعربية بإذن الله، فجزى الله الجميع خير الجزاء وجعل ذلك في ميزان حسناتهم، سائلاً الله التوفيق للجميع.

أخوكم

طارق صالح جمال

٥/ ٥/ ١٤٢٩هـ

١٠/ ٥/ ٢٠٠٨م

مقدمة الطبعة الأولى

فكرة هذا الكتاب قديمة منذ حصولي على الزمالة ولكن انشغالي بالأعمال الإدارية والأبحاث أخرت صدوره لهذا الوقت.

وفكرته نبعت من عدم وجود كتاب لمادة طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة لطلابنا وطالباتنا لمرحلة البكالوريوس، وعليهم الاعتماد على الكتب الخارجية. وتجدر الإشارة إلى صدور طبعة واحدة فقط من كتاب أنف وأذن وحنجرة ألفه الأستاذان الفاضلان د. سراج زقزوق ود. أمين سراج عام ١٩٨١م ولم يُطبع بعدها.

وقد حاولت أن أبسطه لكي يستوعب الطالب المادة بسهولة ويسر دون حشو لمعلومات لا تفيده في حياته العملية وتعطيه فكرة عن التخصص، أما إذا أراد التخصص فعليه بالمراجع الكبيرة والتي تُفصل المعلومات أكثر لمن أراد التعمق في المادة وتخصصها، أما الطبيب العام فهو لا يحتاج لأكثر مما جاء في هذا الكتاب.

وقد أخذت آراء بعض الزملاء الأفاضل مما أضفى على الكتاب بعض الأفكار الجيدة، ولكن أتمنى من بقية الزملاء بكليات الطب بالمملكة – والطلبة والطالبات – إذا كان لهم أي ملاحظات أن يبعثوها لي لكي نستدركها في الطبعة الثانية بإذن الله شاكراً

ومقدراً لهم سلفاً هذا الجهد سائلاً الله أن يجعل هذا الكتاب مفيداً لطلابنا وطالباتنا وأن يوفقهم للنجاح والفلاح وأن ينفع بهم البلاد والعباد، إنه ولي ذلك والقادر عليه.

د. طارق صالح جمال

ص.ب . ٥٨١٥ - مكة المكرمة

فاكس ٠٢٥٤٤٠٨١٢

البريد الإلكتروني:

Tarek1jamal@yahoo.com

شكر وتقدير

أتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساهم في إنجاز هذا الكتاب وأخص بالذكر جميع زملائي في قسم الأنف والأذن والحنجرة بكلية الطب بجامعة الملك عبدالعزيز، لما أبدوه من ملاحظات جيدة، وأخص منهم صديقي وزميلي أخي العزيز أ.د. كمال جلال داغستاني الذي راجع لي الكتاب كاملاً أكثر من مرة وقام بإبداء الملاحظات الجيدة علمياً ولغوياً، فجزاه الله خيراً وجعل ذلك في ميزان حسناته.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور سراج مصطفى زقزوق (جامعة الملك سعود) لمراجعته الكتاب وإبداء بعض الملاحظات الجيدة وكذلك الأستاذ الدكتور رضا كامل (جامعة القاهرة). كما أشكر الزملاء الذين زودوني ببعض الصور أخص منهم أ.د. رضا كامل، وأخي أ.د. ياسر صالح جمال، ود. خليل سندي، ود. سطام لنجاوي، ود. ناصر فقيه، ود.عفاف بامانع، ود. منال خوجة.

والشكر موصول لجميع من عمل معي في إنجاز هذا الكتاب بشكله الحالي أخص منهم جميع الأطباء المتدربين في مجال التخصص وقد ظهر البعض منهم في صور الكتاب، وسكرتيرة القسم السيدة تريزا التي بذلت جهداً طيباً في تنسيق صور وصفحات الكتاب وكذلك الأخ محمد زياد والأخ عاصم إبراهيم سكرتير وحدة التعليم الطبي ولا أنسى

الأستاذ فهد أحمد أبو الخير الذي قام بجهد طيب ومشكور في عمل بعض رسومات الكتاب، وأخيراً الشكر لابني أيمن والأستاذ إبراهيم عباس على قيامهما بتصميم غلاف الكتاب، سائلاً الله التوفيق للجميع.

د/ طارق صالح جمال

وشهد شاهد من أهلها

هذه مقتطفات من كتاب شمس العرب تسطع على الغرب لمؤلفته الألمانية زيغريد هونكه، والذي نقله للعربية فاروق بيضون وكمال دسوقي، وهي تدل على فضل العرب على العلوم عموماً وعلى الطب خصوصاً.

من أهم عوامل انتصارات العرب هو ما فوجئت به الشعوب من سماحتهم، وما يدعيه بعضهم من اتهامهم بالتعصب والوحشية ما هو إلا مجرد أسطورة من نسج الخيال، تكذبها آلاف الأدلة القاطعة على تسامحهم وإنسانيتهم في معاملاتهم مع الشعوب المغلوبة وكان لمسلكهم هذا أطيب الأثر مما أتاح للحضارة العربية أن تتغلغل بين الشعوب بنجاح لم تحظ به الحضارة الإغريقية ببريقها الزائف ولا الحضارة الرومانية بعنفها في فرض إرادتها بالقوة.

إلى العرب وحدهم يعود فضل رفع هذا الفن العظيم (فن الجراحة) إلى المستوى الذي يستحقة وباسم ابن سينا سار علم الجراحة في أوروبا يداً بيد مع علم التشريح ومهد السبل للاكتشافات الطبية العظيمة التي حققها علم الطب الحديث.

لقد بلغ الغرب في طب العيون شأناً عظيماً تفوقوا فيه على اليونان وساعدهم في هذا اكتشافاتهم الناجحة في علم البصريات الذي يُعد علماً عربياً دون مبالغة.

ابن سينا أوجد الحقنة الشرجية وكيس الثلج وأما فضل استعمال خيط الشعر في العمليات الجراحية فيرجع إلى الرازي، وللعرب على علم الطب فضل آخر كبير، ونعني به استخدام المرقد (المخدر) العام في العمليات الجراحية.

إن هذه السمعة الوطيدة التي تمتع بها أطباء العرب في أرجاء الدنيا قاطبة، كانت تعتمد على تضلع كبير وباع طويل من العلوم والخبرة والامتحانات القاسية، فلم يكن بإمكان أحد أن يتعاطى مهنة الطب دون سابق دراسة، فإذا ما فعل ذلك كان هذا بمثابة تعدٍ على القانون وعلى حرمة واجب الطب. وحرصاً على إبقاء العيادات الطبية ومعاطاة هذه المهنة الشريفة بعيداً عن كل الاستهتار والامتهان أو ادعاء الباطل، كان يضطر كل طبيب - أراد الاستقرار - أن يجلب تصريحاً رسمياً خاصاً يشهد بعلمه وكفايته.

الاختصارات في الكتاب

BPPV = Benign paroxysmal positional vertigo
CSF = Cereberospinal fluid
CSOM = Chronic suppurative otitis media
dB = Decibel
DNS = Deviated nasal septum
EAC = External auditory canal
E.tube = Eustachian tube
FB = Foreign body
FESS = Functional endoscopic sinus surgery
FNA = Fine –Needle Aspiration
GA = General Anesthesia
GERD = Gastro-esophageal reflux disease
GP = General Practioner
HL = Hearing loss
OM = Otitis media
OSA = Obstructive sleep apnea
PNS = Paranasal sinuses
TM = Tympanic membrane
TMJ = Tempromandibular joint
URTI = Upper respiratory tract infection

المحتويات
Contents

الفصل الأول

فحص الأذن و الأنـف والحنـجرة
OTORHINOLARYNGOLOGIC EXMANIATION

ملاحظات هامة
High Point

١ - كيف تجلس أمام مريضك (انظر إلى الصورة رقم ١)

كيف تجلس أمام مريضك



الوضع الصحيح



الوضع الخطأ

٢- إن الإضاءة الجيدة ضرورية لفحص التجاويف المظلمة في الأذن والأنف والحلق. الضوء الجيد مع وجود مصدر كافي للإضاءة سوف يساعدك على القيام بفحص واضح وصحيح.



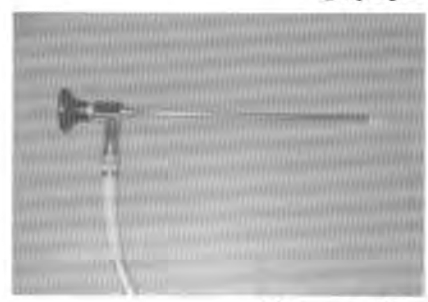
منظار أذني



ضوء رأس



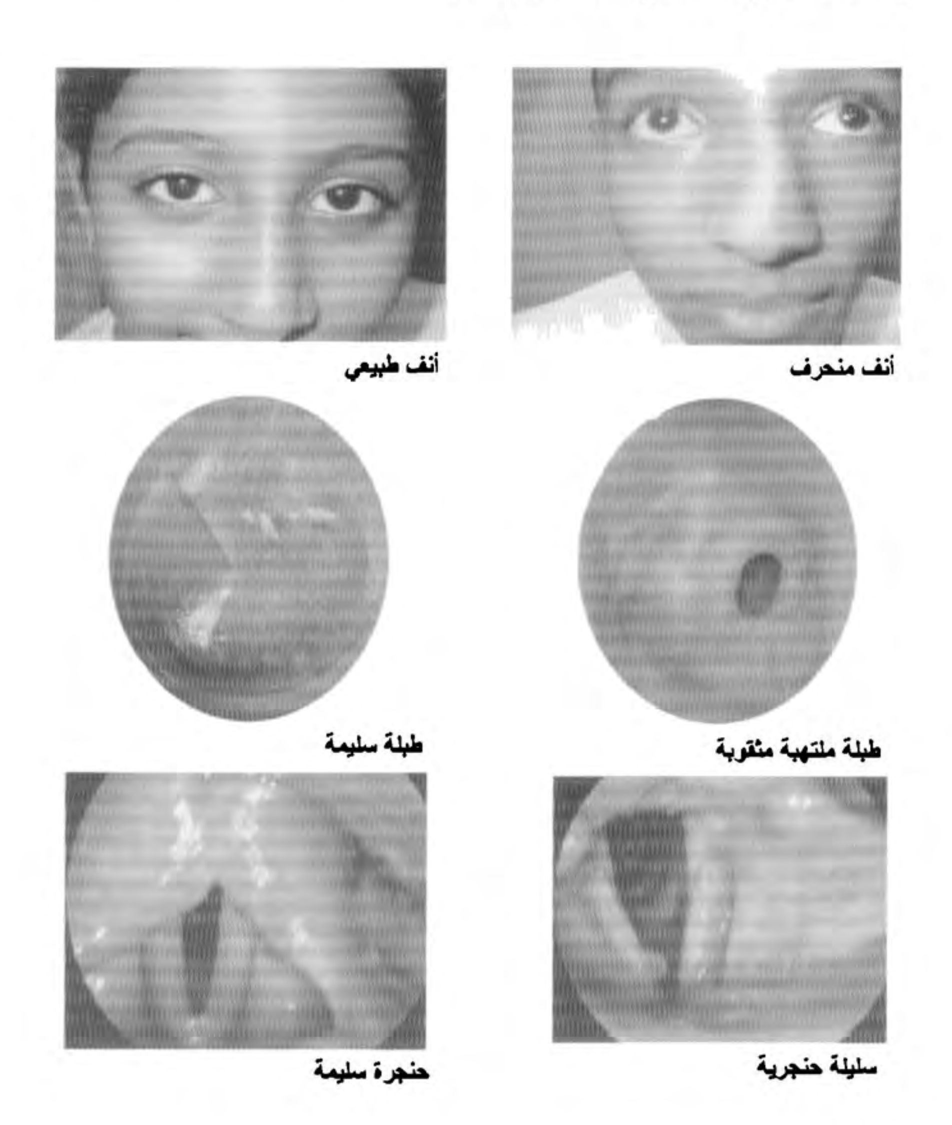
مجهر



منظار الجيب الأنفي

قَالَ تَعَالَى: ﴿ ۞ ٱللَّهُ نُورُ ٱلسَّمَٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ ۚ مَثَلُ نُورِهِۦ كَمِشْكَوٰةٍ فِيهَا مِصْبَاحٌ ۖ ٱلْمِصْبَاحُ فِى زُجَاجَةٍ ۖ ٱلزُّجَاجَةُ كَأَنَّهَا كَوْكَبٌ دُرِّىٌّ يُوقَدُ مِن شَجَرَةٍ مُّبَٰرَكَةٍ زَيْتُونَةٍ لَّا شَرْقِيَّةٍ وَلَا غَرْبِيَّةٍ يَكَادُ زَيْتُهَا يُضِىٓءُ وَلَوْ لَمْ تَمْسَسْهُ نَارٌ ۚ نُّورٌ عَلَىٰ نُورٍ ۗ يَهْدِى ٱللَّهُ لِنُورِهِۦ مَن يَشَآءُ ۚ وَيَضْرِبُ ٱللَّهُ ٱلْأَمْثَٰلَ لِلنَّاسِ ۗ وَٱللَّهُ بِكُلِّ شَىْءٍ عَلِيمٌ ﴿٣٥﴾ ﴾ النور: ٣٥

٣- من الأهمية بمكان الإلمام بمعلومات جيدة عن التشريح الطبيعي للأنف والأذن والحنجرة. وتساعدك هذه المعلومات على التمييز بين ما هو طبيعي وما هو مرضي، ويمكن اكتساب هذه المعلومات بفحص عدد كاف من الأصحاء وهذا بدوره سوف يساعد على تشخيص الحالات المرضية.



أنف منحرف — أنف طبيعي

طبلة ملتهبة مثقوبة — طبلة سليمة

سليلة حنجرية — حنجرة سليمة

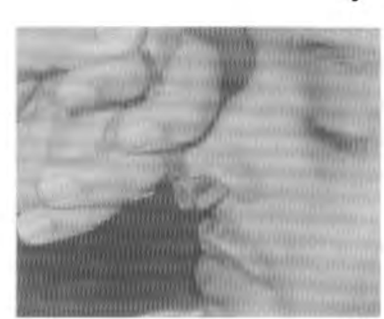
٤- من الأهمية بمكان التعامل الصحيح مع مختلف الأجهزة التي نستخدمها في فحص الأنف والأذن والحنجرة وهذا يجنب المريض الضرر الذي يمكن أن يحصل نتيجة سوء استخدامها، كذلك يساعد على التعرف على العلامات المرضية بدقة.

فحص الأنف والأذن والحنجرة يجب أن لا يكون مؤلماً .

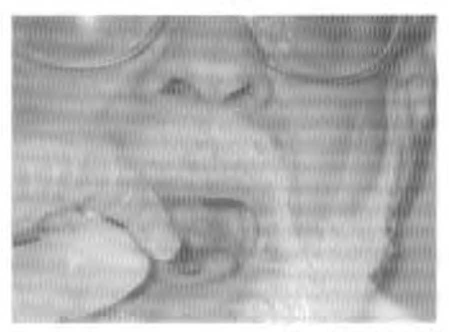


كيف تمسك بالمنظار الأذني



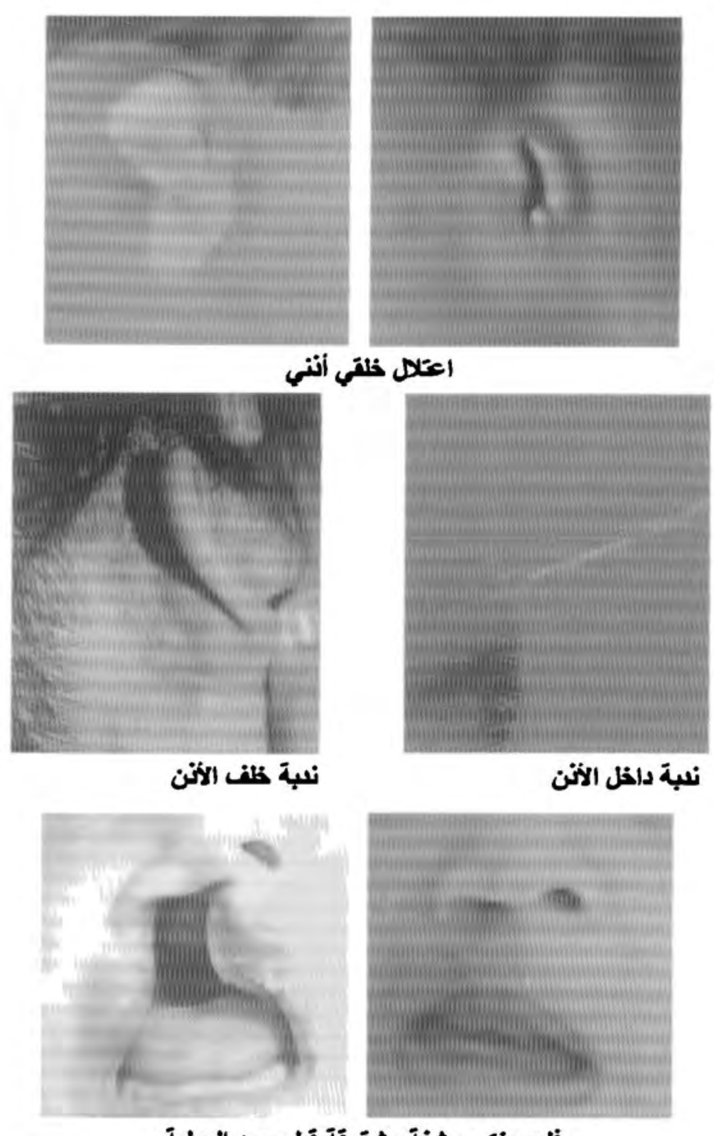


فحص الأنف



فحص تجويف الفم

٥- وكما هو الحال في أي فرع من فروع الطب يبدأ الفحص السريري بالمعاينة وهذا بدوره سوف يساعدك على تفحص الشكل واللون أو أي تشوهات واضحة في الجزء الذي يتم فحصه. مثل التشوهات الخلقية وندبة لعملية سابقة ...إلى آخره.



اعتلال خلقي أذني

ندبة داخل الأذن **ندبة خلف الأذن**

فلح حنكي وشفة مشقوقة قبل وبعد العملية

٦- يجب الإلمام بالظواهر الفسيولوجية الطبيعية التي تحدث في الأذن و الأنف والحلق وهذا بدوره يجنب المريض التدخل الطبي والجراحي غير الضروري.

المنعكس الأحمر Red Reflex

عبارة عن توسع في الأوعية الدموية المحيطية القبضوية التي تروي غشاء الطبلة استجابة لأي منبه ميكانيكي لجلد قناة الأذن الخارجية. وهذا قد يحدث بعد الفحص المتكرر للإذن بواسطة طلبة الطب وبعد تنظيف الشمع بواسطة الماء أو الشفط وبعد الفحص المطول لطفل غير متعاون، وهذا سوف يعطي انطباعاً خاطئاً بوجود التهاب مبكر وحاد في الأذن الوسطى إذا كنا غير مدركين لهذا الانعكاس الطبيعي، وقد حدث هذا لي شخصياً عدة مرات عندما كنت أفحص طفلاً حول لي من اختصاصي الأطفال على أنه مصاب بالتهاب حاد في الأذن الوسطى ووجدت أن طبلة الأذن تبدو طبيعية. كما لاحظت ذلك الانعكاس في عيادة التدريس بعد فحص الأذن من قبل عدد من طلبة كلية الطب.



غشاء طبلة طبيعي

غشاء طبلة بالمنعكس الأحمر

الدورة الأنفية Nasal Cycle

في كل الأحوال لا نتنفس من كلا المنخرين بشكل متساوي وذلك بسبب انسداد أنفي فسيولوجي متناوب بين التجويف الأنفي الأيمن والأيسر. وهذه الظاهرة لا يدركها كثير من الناس. ويحدث هذا التناوب الانسدادي كل ٤-١٢ ساعة، وبشكل ثابت لكل إنسان ويمكن إيضاحها في أكثر من ٨٠٪ من البالغين إن فهم هذه الظاهرة الفسيولوجية الطبيعية سوف يجنب المريض أي جراحة غير ضرورية للقرينات أو الحاجز الأنفي. لهذا يجب على الطبيب أثناء أخذ التاريخ المرضي للانسداد الأنفي معرفة ما إذا كان الانسداد أحادي الجانب أو ثنائي الجانب أو متناوباً.

منعكس التهوع Gag Reflex

ربما يؤدي استخدام خافض اللسان إلى حدوث منعكس التهوع وهذا يؤدي إلى تقلص في الجدار الجانبي للبلعوم ومن ثم يدفع اللوزتين إلى الخط الناصف. إن هذا سوف يعطي انطباعاً خاطئاً بتضخم في اللوزتين.



نفس اللوزتين بعد حدوث منعكس التهوع



لوزتان طبيعيتان

قَالَ تَعَالَىٰ: ﴿ وَهُوَ ٱلَّذِى يَبْدَؤُا۟ ٱلْخَلْقَ ثُمَّ يُعِيدُهُۥ وَهُوَ أَهْوَنُ عَلَيْهِ ۚ وَلَهُ ٱلْمَثَلُ ٱلْأَعْلَىٰ فِى ٱلسَّمَـٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ ۚ وَهُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْحَكِيمُ ﴿٢٧﴾ ﴾ الروم: ٢٧ ٣٥

فحص الأذن

Ear Exmamination

١- بعد معاينة الأذن اسحب صيوانها إلى الأعلى ثم إلى الخلف بلطف (وفي الرضع إلى الأسفل ثم إلى الخلف) وذلك لجعل مجرى القناة السمعية الخارجية مستوٍ ولتحريك زنمة الصيوان إلى الأمام لأنه لا يمكنك أن تفعل الشيء ذاته في الجزء العظمي من القناة السمعية الخارجية .

٢- من السهل فحص الأذن بواسطة منظار الأذن ومن الأهمية بمكان أن تكون البطارية بحالة جيدة لكي تحصل على إضاءة بيضاء لأن تفسير المظهر يعتمد وبشكل كبير على اللون.

٣- يجب استخدام مقاس القمع المناسب مع منظار الأذن لأنه من الأخطاء الشائعة فحص طبلة الأذن بقمع أذني صغير.

٤- قم بتنظيف القناة السمعية الخارجية من الشمع لكي ترى طبلة الأذن. ويمكن إجراء ذلك إما بواسطة الحقن بالماء وإما بواسطة الشفط إذا كنت متمرساً بذلك أو تركه لاختصاصي أمراض الأذن و الأنف والحنجرة.

لا يعد فحص طبلة الأذن كاملاً إلا عندما تتم معاينتها بشكل تام ومن جميع الزوايا.

ملاحظاتك على طبلة الأذن يجب أن تشمل اللون واكتمالها (مكتملة أو مثقوبة) وحركتها ووضعها (طبيعية و بارزه أو منكمشة).

يفحص تحرك طبلة الأذن بواسطة المنظار الأذني الهوائي.

إنه من المفيد استبعاد وجود إيلام في صيوان الأذن بتحريكها أو بواسطة الضغط على زنمة الصيوان (وهذا شائع في التهاب الأذن الخارجية).

اختبر السمع عن طريق اختبارات الصوت والشوكة الرنانة.

اختبر التوازن كلما كان ذلك ضرورياً.

يقول الحبيب سيدنا محمد صلى الله عله وسلم:
(مثل الذي يذكر ربه والذي لا يذكره مثل الحي والميت) رواه البخاري ومسلم



فحص حركة غشاء الطبلة بواسطة المنظار الهوائي

فحص قناة الأذن الخارجية

ارتجاع في غشاء الطبلة

انبعاج في غشاء الطبلة

كيف تحرك قمع الأذن بلطف لتحصل على منظر كامل لطبلة الأذن وقناة الأذن الخارجية

فحص الأنف

Nasal Examination

١- بعد معاينة الشكل الخارجي للأنف أدخل منظاراً أنفياً وهو مغلق في دهليز الأنف بعد ذلك ضع إصبعك السبابة على ذروة الأنف من أجل الدعم ثم افتح المنظار الأنفي بلطف وميل رأس المريض للأمام ومن ثم للخلف لكي تتمكن من فحص

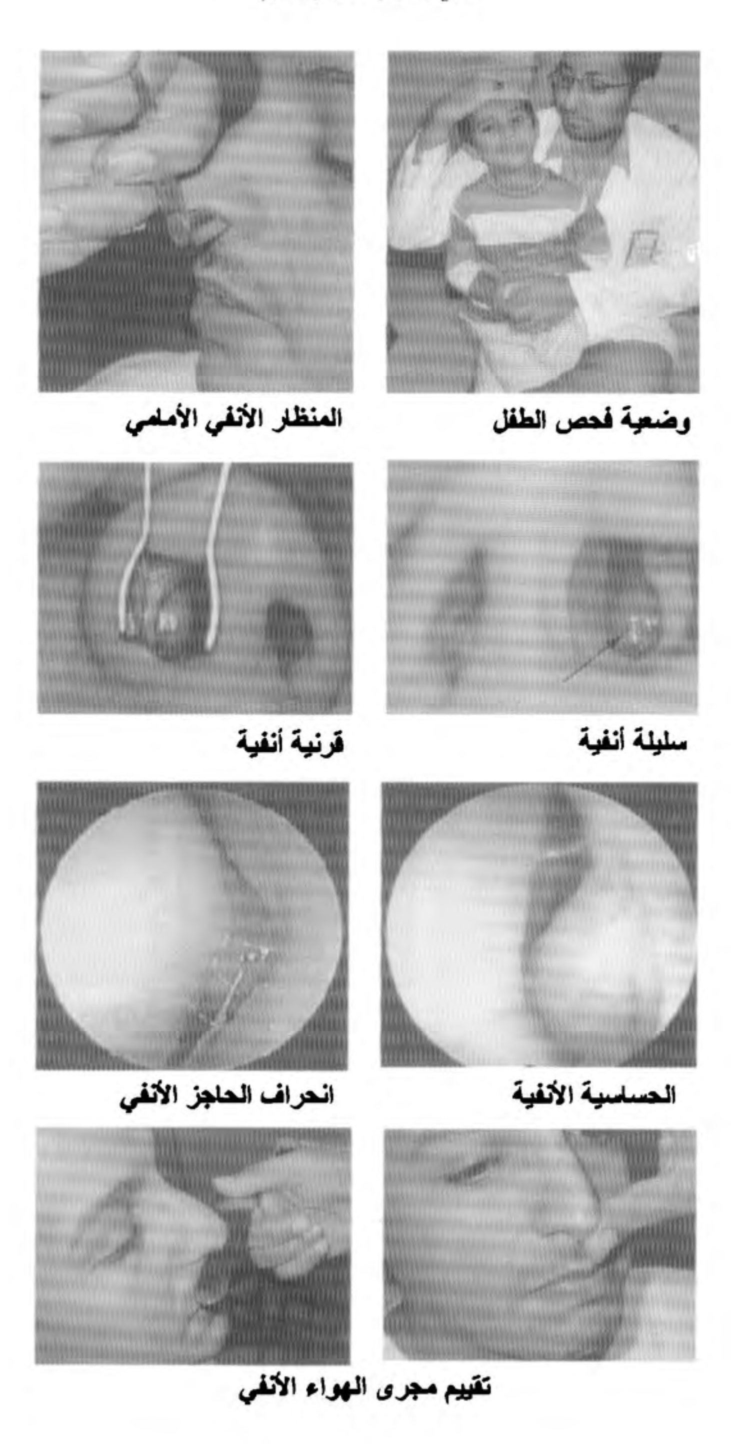
القاع والسقف والجدار الإنسي والجدار الجانبي للأنف وهذا ما يسمى (التنظير الأنفي الأمامي). في حالة فحص الأطفال لا يعد استخدام المنظار ضرورياً حيث يمكن الحصول على رؤية واضحة للأنف وذلك برفع ذروة الأنف إلى الأعلى بواسطة الإبهام. الإضاءة الجيدة من أهم المستلزمات لفحص الأنف بعد ذلك لاحظ لون الغشاء المخاطي ووجود تورم في الغشاء المخاطي وانحراف في الحاجز الأنفي أو وجود سليلات أنفية.

٢- ينصح بفحص الجوف الأنفي قبل وبعد استخدام مزيل الاحتقان وهذا يعمل به في ظروف معينة.

٣- من الخطأ الشائع أثناء الفحص الأنفي الخلط بين المحارة "القرنية" والسليلة الأنفية "زوائد لحمية" ولتجنب ذلك ينبغي أن تلم بالتشريح الأنفي وفحص عدد كبير من الأنوف السليمة. ونستطيع التمييز بين المحارة والسليلة الأنفية عن طريق التحريك والشعور بالألم حيث إن السليلة تتحرك وتكون غير مؤلمة بينما المحارة لا تتحرك وتكون مؤلمة.

٤- يتم تقييم مسلك الهواء الأنفي عن طريق وضع سطح معدني مصقول تحت المنخرين ومقارنة التكثف المتكون من كلا المنخرين أو بوضع الإبهام تحت كل منخر ومقارنة جريان الهواء من كل منخر في حالة الشهيق والزفير.

لقد أكد العالم تايلور عام ١٩٧٩م المعلومة المتوفرة في كتب الطب منذ عام ١٨٩٥م وهي (أننا لا نتنفس من ناحيتي الأنف بالتساوي طول الوقت، بل هناك راحة جزئية لأنسجة قرنيات الأنف في ناحية على حساب الناحية الأخرى التي تعمل بكامل طاقتها لأداء الوظيفة المطلوبة منها كترطيب وتدفئة الهواء الداخل للرئة. وهذه الظاهرة الفسيولوجية عادة لا يشعر بها الإنسان لأن المقاومة الكلية لدخول الهواء من الأنف تظل ثابتة لأنه إذا كانت الناحية اليمنى تعمل بكامل طاقتها تكون الناحية اليسرى في فترة راحة جزئية والعكس تماماً يحدث عندما تعمل الناحية اليسرى بكامل طاقتها وهذه العملية منظمة للغاية بطريقة تبادلية دقيقة كل عدة ساعات من مراكز عليا في المخ بقدرة الخالق العظيم سبحانه. ومعظم الناس لا يشعرون بهذه الظاهرة الفسيولوجية ولكن هناك بعض العوامل التي تزيد من حدتها فيشعر بها الإنسان (أي أن ناحية من الانف مسدودة والأخرى مفتوحة ويتبدل ذلك كل عدة ساعات) هذه العوامل قد تكون : بيئية وعضوية - نفسية أو هرمونية. فضلاً انظر صفحة ١٢



وضعية فحص الطفل

المنظار الأنفي الأمامي

سليلة أنفية

قرنية أنفية

الحساسية الأنفية

انحراف الحاجز الأنفي

تقييم مجرى الهواء الأنفي

فحص الجيوب الأنفية

Paranasal sinus examination

١- جس الإيلام فوق الجيب الجبهي والفكي.

٢- معاينة نفوذ الضوء من الجيب الجبهي والفكي في غرفة مظلمة.

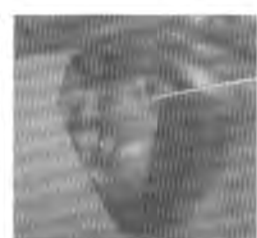
٣- استخدام التنظير الداخلي الأنفي لفحص الإفرازات المخاطية والقيحية في مناطق تصريف الجيوب الأنفية (ويجرى هذا الفحص من قبل أخصائي الأنف والأذن والحنجرة أو من قبلك إذا كنت متمرساً للقيام بذلك).

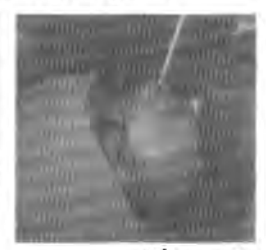






تحسس الجيوب الأنفية





نفوذ الضوء من الجيب الأنفي



المنظار الأنفي

إذن خلاصة القول الذي بدأناه صفحة ١٠ هو أن انسداد الأنف قد يكون ظاهرة فسيولوجية وليس مرضية وعلى الطبيب تذكر هذا لئلا يقوم بعمل جراحي غير مطلوب على الحاجز الأنفي أو على قرنيات الأنف. وعلى المريض أيضاً فهم هذه الظاهرة الطبيعية والمؤقتة كما قلنا سابقاً بسبب بعض التغييرات في الجو أو الجسم أو النفس لئلا يُدمن على استخدام نقط الأنف المزيلة للاحتقان أو يطلب عمل جراحي غير ضروري وغير مفيد والله هو الشافي.

فحص جوف الفم والبلعوم الفموي والبلعوم الأنفي

Examination of Oral Cavity Oro-Pharynx & Naso-Pharynx

١- اطلب من المريض إزالة تركيبة الأسنان إن وجدت.

٢- عاين كل الأجزاء ولاحظ لون الغشاء المخاطي وإذا كان هنالك أي تشوهات.

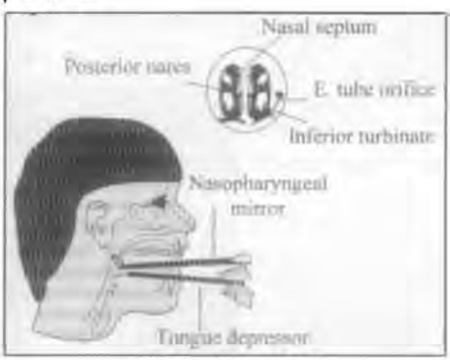
٣- جس أي تورم تراه في هذه المناطق ومن الضروري عند جس القناة والغدة تحت الفك السفلي وذلك بالفحص من داخل جوف الفم واليد الأخرى تحت الفك السفلي.

٤- عاين البلعوم الأنفي عن طريق استخدام التنظير الأنفي الخلفي (وهذا يتم بواسطة أخصائي أمراض الأنف والأذن والحنجرة).

وحديثاً أدى وجود المناظير الأنفية بنوعيها (الصلبة والليفي البصري) إلى جعل فحص البلعوم الأنفي من السهولة بمكان مع بعض المميزات مثل إمكانية أخذ صورٍ وعرض الفحص للحضور.



فحص الفم



المنظار الأنفي الخلقي



فحص غدة تحت الفك

فحص البلعوم السفلي والحنجرة
Examination of Hypo-Pharynx & Larynx

يقوم الاختصاصي بإجراء التنظير المباشر للأنف والأذن والحنجرة. وإذا كان المريض يعاني من زيادة في منعكس التهوع فإنه يجب رش منطقة الحنك والبلعوم الفموي بمادة الزيلوكين (١٠٪) قبل البدء بالفحص.

١ - امسك مقدمة اللسان بقطعة من الشاش وإصبعك الأوسط يسند الشفة العلوية.

٢ - استخدم مرآة دافئة أو منظار الحنجرة وافحص المناطق التالية:

- قاعدة اللسان.
- الأخدود (vallecula).
- الحنجرة وافحص حركة الحبال الصوتية وذلك بجعل المريض يقول كلمة آي.

إذا كان المريض غير قادر على تحمل المنظار الحنجري فإنه من الأفضل استخدام المنظار الليفي البصري من دون الحاجة إلى تخدير عام والذي يمر من خلال الأنف بعد تخديره.




فحص الحنجرة غير المباشر



فحص الحنجرة المباشر بواسطة المنظار الليفي البصري

فحص الرقبة
Neck Examination

يجب أن تفحص الرقبة أولاً عن طريق المعاينة من الأمام بعد كشف منطقة الرقبة كاملة.

جس وتلمس الرقبة يجب أن يتم بطريقة منظمة وذلك بالوقوف خلف المريض بعد أن ينحني المريض برقبته للأمام قليلاً والذي بدوره يؤدي إلى تخفيف التوتر في العضلة القصية الترقوية الخشائية والمبطحة.

بعد ذلك جس وتلمس الرقبة براحة الأصابع وليس بأطرافها.



مجموعة تحت الفك



مجموعة تحت الذقن



المجموعة الرقبية الوسطى



المجموعة الرقبية العلوية

قَالَ تَعَالَى: ﴿ وَكُلَّ إِنسَٰنٍ أَلْزَمْنَٰهُ طَٰٓئِرَهُۥ فِى عُنُقِهِۦ ۖ وَنُخْرِجُ لَهُۥ يَوْمَ ٱلْقِيَٰمَةِ كِتَٰبًا يَلْقَىٰهُ مَنشُورًا ﴿١٣﴾ ﴾ الإسراء: ١٣



مجموعة خلف الأذن



مجموعة قبل الأذن



المجموعة الرقبية السفلية



مجموعة قبل الرغامي



حركة الغدة الدرقية



فحص الغدة الدرقية

قال الشاعر

لا تظلمــن إذا مـا كنـت مقتـدراً ... فـالظلم شـيمته يُفضـي إلى النـدم

تنــام عينــاك والمظلــوم منتبـه ... يــدعو عليـك وعـين الله لـم تنم

الفصل الثاني

طب الأذن
OTOLOGY

ثلاثة وثلاثة
قيل ثلاثة تورث ثلاثة:
النشاط يورث الغنى • والكسل يورث الفقر • والشراهة تورث المرض

تشريح الأذن
Anatomy of the Ear

يمكن تقسيم الأذن إلى ثلاثة أجزاء (الخارجية، الوسطى، والداخلية).

الأذن الخارجية

تشمل الأذن الخارجية على صيوان الأذن وقناة الأذن الخارجية.

صيوان الأذن

يتكون صيوان الأذن من غضروف ليفي مرن مغطى بسمحاق وجلد أما الفصيص فلا يحتوي على غضروف.

قناة الأذن الخارجية

يكون الغضروف الثلث الخارجي من قناة الأذن الخارجية بينما يكون العظم الثلثين الداخليين منها ويبلغ طول قناة الأذن الخارجية عند البالغين حوالي ٢,٥ سنتمتر.

يُغطى الثلث الخارجي الغضروفي بجلد سميك يحتوي على غدد منتجة للزهم والشمع.

أما الجلد الذي يغطي الجزء العظمي من قناة الأذن الخارجية فيكون رقيقاً ولا يحتوي على شعر أو غدد.

اتجاه الثلث الخارجي يكون للخلف قليلاً بينما الثلثين الداخليين يكونا في اتجاه أمامي سفلي.

ولذلك شد صيوان الأذن للخلف ثم للأعلى يجعل القناة السمعية مستقيمة ويسهل الفحص أو وضع قطرات الأذن.



أجزاء الأذن المختلفة



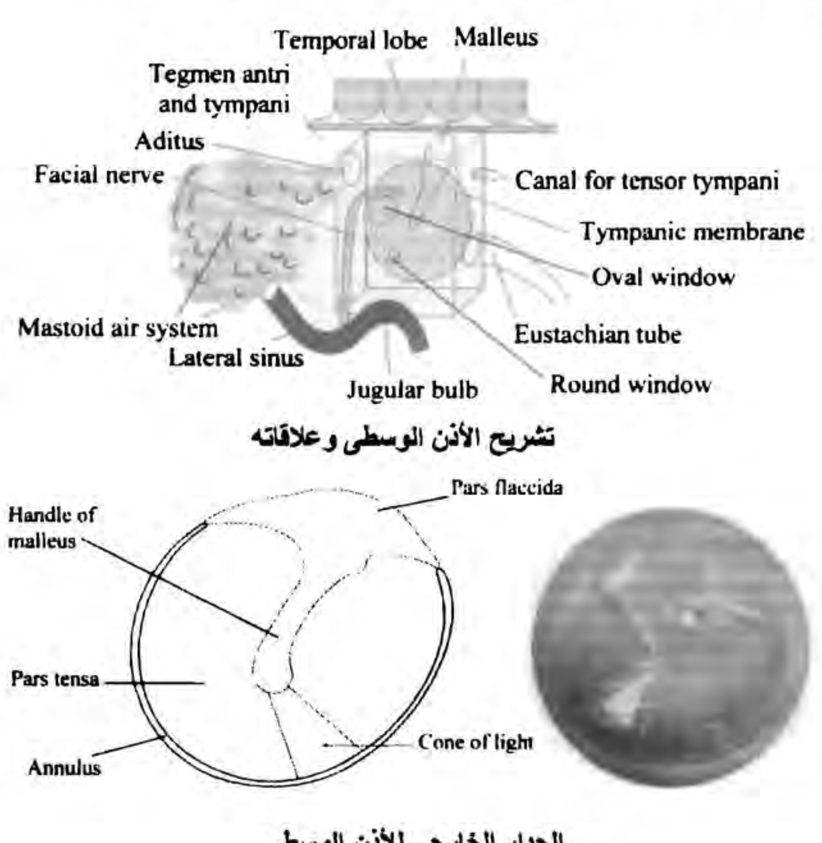
صيوان الأذن

الأذن الوسطى

هي عبارة عن حيز مليء بالهواء وله ستة جدران.

١- الخارجي.
٢- الإنسي (الداخلي).
٣- الأمامي.
٤- الخلفي.
٥- السقف.
٦- القاع (الأرضي).

تحتوي الأذن الوسطى على ثلاث عظيمات (المطرقة والسندان والركاب) وعضلتين (العضلة المؤترة للطبلة والعضلة الركابية) وانقباض هاتين العضلتين يحمي القوقعة أثناء التعرض لأصوات قوية كما تحتوي الأذن الوسطى على عصب حبل الطبلة.



تشريح الأذن الوسطى وعلاقاته

الجدار الخارجي للأذن الوسطى

الجدار الخارجي

يتكون رئيسياً من طبلة الأذن، وهي علامة مهمة جداً مظهرها يدل على ما يكون عليه وضع تجويف الأذن الوسطى. وطبلة الأذن تحوي العلامات الفارقة التالية.

الجزء الرئيس من طبلة الأذن يدعى الجزء المؤتر لغشاء الطبلة ويتكون من ثلاث طبقات:

١ - الجلد من الخارج.

٢- الليف في الوسط.

٣- الغشاء المخاطي من الداخل.

بينما الجزء الصغير العلوي من طبلة الأذن يتكون من غشاء رخو مكون من طبقتين فقط حيث لايوجد طبقة ليفية.

الجدار الإنسي (الداخلي)

يحتوي على البنى التالية:

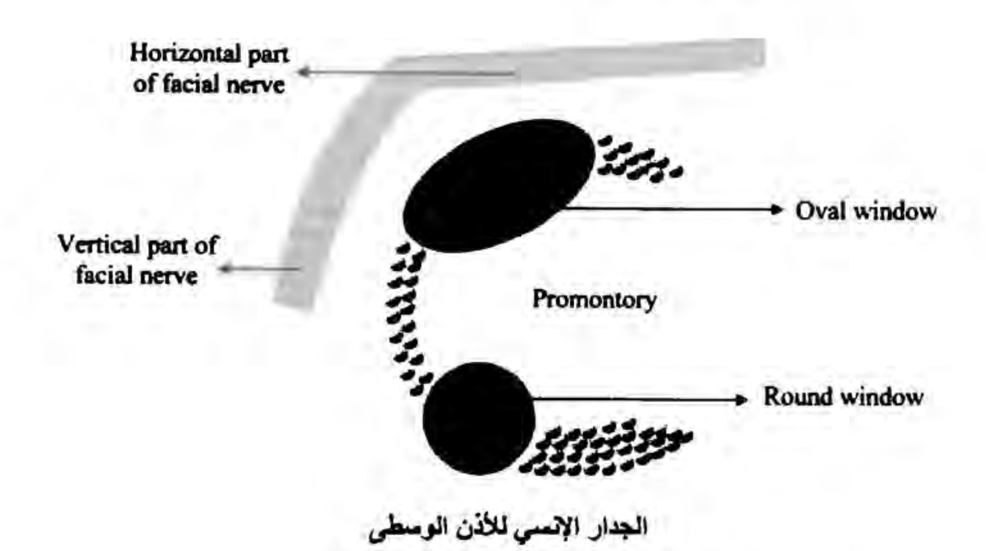
١- الطنف وهو عبارة عن بروز أملس مدور سببه اللفة القاعدية للقوقعة.

٢- النافذة الدائرية: مغطاة بغشاء ثانوي.

٣- النافذة البيضاوية وتغطى بالصفيحة القدمية لعظمة الركاب.

٤- قناة العصب الوجهي التي تمر فوق النافذة البيضاوية.

٥- القناة الهلالية الخارجية.



الجدار الإنسي للأذن الوسطى

السقف

يتكون من صفيحة رقيقة من العظم (سقيف الطبل) والذي يفصل جوف الأذن عن الحفرة القحفية المتوسطة.

القاع

يتكون من صفيحة عظمية رقيقة تفصل جوف الأذن عن البصلة الوداجية.

الجدار الأمامي

في أسفل هذا الجدار توجد فتحة النفير والتي توصل ما بين حيز الأذن الوسطى والبلعوم الأنفي. ويوجد فوق فتحة النفير قناة تمر من خلالها العضلة الموترة للطبلة والتي تنغرز في عنق عظمة المطرقة.

الجدار الخلفي

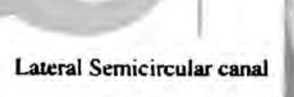
في أعلى هذا الجدار يوجد فتحة مدخل الغار الأذني والتي توصل بين حيز الأذن الوسطى إلى غار الخشاء ومن ثم إلى خلايا الخشاء. ويوجد في أسفل هذا الجدار هرم ووتر عضلة الركاب الذي ينغرز في عنق عظمة الركاب.

الأذن الداخلية

تتكون من جزئيين:

١- الجزء السمعي (القوقعة) وهو مسؤول عن السمع.

٢- الجزء الدهليزي (القريبة والكييس وثلاثة أنفاق هلالية) وهو مسؤول عن التوازن.





الأذن الداخلية

فسيولوجيا الأذن

Physiology of the Ear

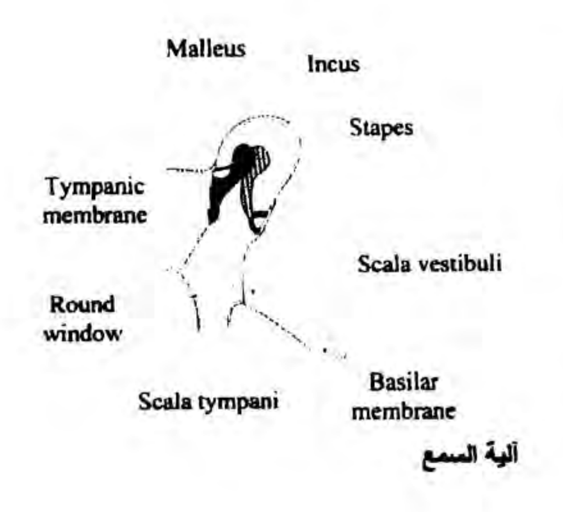
تقوم الأذن بوظيفتين هما السمع والتوازن.

السمع

تنتقل الموجات الصوتية عبر قناة الأذن الخارجية لتقع بعد ذلك على غشاء الطبلة.

تنتقل حركة غشاء الطبلة التي أحدثتها الموجات الصوتية إلى العظيمات السمعية ومن ثم إلى النافذة البيضاوية.

بعد ذلك تنتقل الموجات الصوتية عبر الصفيحة القدمية لعظمة الركاب إلى سوائل الأذن الداخلية محدثة موجات متنقلة على طول الغشاء القاعدي للقوقعة والذي بدوره يسبب تغييراً في شكل الخلايا المشعرة في عضو كورتي (العضو الحلزوني) ومن ثم هذا يؤدي إلى تنبيه نهايات العصب السمعي والتي تقوم بنقل هذه الإشارات إلى المراكز السمعية في الدماغ.





آلية السمع

التوازن

يعتمد توازن الجسم على المدخلات/ الإشارات الواصلة للدماغ من:

١- الجهاز الدهليزي.

٢- العينين.

٣- عضو استقبال الحس العميق خاصة في الرقبة.

إن الخلل في أي عضو من هذه الأعضاء يمكن أن يؤدي إلى اضطراب التوازن.

مبحث الأعراض

الأعراض الرئيسة لأمراض الأذن هي كالتالي:

١- فقد السمع.

٢- ألم الأذن.

٣- ثر إذني (سيلان الأذن).

٤- طنين (ضجيج في الأذن).

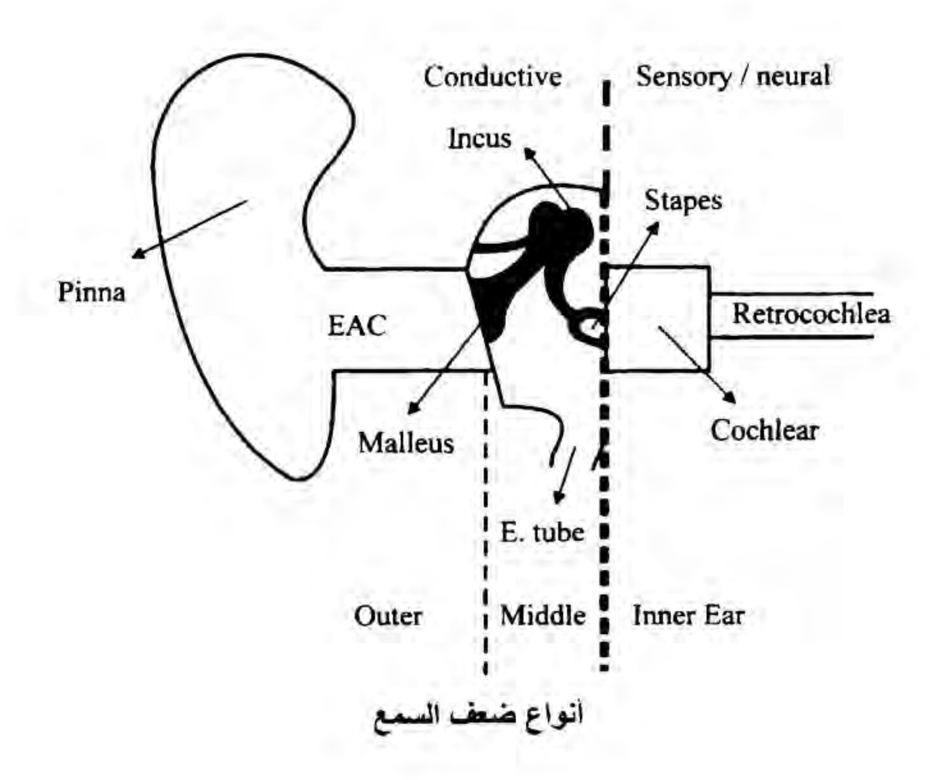
٥- دوخة.

فقد السمع وعلم السمعيات Hearing loss & Audiology

يعد علم السمعيات فناً وعلماً جديداً نسبياً والذي يشمل تشخيص وتأهيل اعتلال السمع والتوازن عند الأطفال والبالغين.

فقد السمع يمكن أن يكون توصيلياً وحسياً/ عصبياً أو مختلطاً. إن أي مرض يصيب قناة الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى سوف يؤدي إلى حدوث فقد سمعي توصيلي. وإن أي ضرر يصيب القوقعة والعصب السمعي الثامن أو المراكز السمعية في الدماغ سوف يؤدي إلى فقدان سمعي حسي/ عصبي. إن أي مرض يؤثر على كلتيهما سوف يؤدى بذلك إلى فقد سمعي مختلط.

يمكن تصنيف فقد السمع إلى خفيف (٢٠-٤٠ ديسبل) ومتوسط (٤١-٦٠ ديسبل) وشديد (٦١-٨٠ ديسبل) وعميق (٨١-١٠٠ ديسبل) وفقد سمع كامل (أكثر من ١٠٠ ديسبل).



أنواع ضعف السمع

ما هي أسباب فقد السمع ؟

فقد سمع توصيلي:

- انسداد شمعي.
- التهاب حاد أو مزمن للأذن الوسطى.
- جسم غريب في الأذن.
- إصابة لغشاء الطبلة.
- التهاب حاد أو مزمن للأذن الخارجية.
- رضح ضغطي.
- تصلب عظيمة الركاب.

- تصلب الطبلة.
- إصابة لعظيمات الأذن الوسطى.
- تشوه خلقي في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى.
- أورام في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى.

فقد سمع حسي/ عصبي

- صمم شيخوخي.
- صمم محدث بالضوضاء.
- خلقي.
- إصابة جراحية.
- صمم محدث بالدواء (أسبرين وأما ينوجلاكوسيد).
- إصابة الرأس.
- تصلب عظيمة الركاب المتأخر.
- داء منيير.
- عدوى (النكاف وهربس والتهاب السحايا).
- ورم العصب السمعي.
- تصلب متعدد.
- السكري.
- أسباب نفسية أو غير معروفة.

تصلب عظيمة الركاب Otosclerosis

هو عبارة عن تكون عظم جديد في عظمة الصدغ ويؤدي إلى تصلب الصفيحة القدمية لعظمة الركاب. وهذا بدوره يؤدي إلى حدوث فقد سمعي توصيلي بدرجات مختلفة على حسب شدة المرض. وفي بعض الأحيان يمتد المرض إلى القوقعة ويحدث فقد سمعي حسي عصبي.

كيف يفحص السمع ؟

١- الفحص بواسطة الصوت المسموع والصوت المهموس: تعطي هاتان الطريقتان فكرة مبدئية فقط عن سمع المريض ولكنهما تضيفان أيضاً معلومات قليلة إلى تلك المأخوذة من التاريخ المرضي. والمرضى الذين لا يستطيعون سماع الصوت المهموس على بعد طول ذراع يكون لديهم ضعف سمعي.



فحص عن طريق المحادثة

٢- الفحص بواسطة الشوكة الرنانة: تستخدم هذه الطريقة للتمييز بين الصمم التوصيلي وفقد السمع الحسي العصبي. بالرغم من أهمية هذا الفحص في حالة فقد السمع الأحادي الجانب إلا أن نتائج الفحص من الصعب تفسيرها في حالة فقد السمع الثنائي الجانب أو المختلط.

فحص ويبر Weber

تضرب الشوكة الرنانة بمقاس (٥١٢ هرتزاً) وتوضع على جبهة المريض. سماع صوت الشوكة الرنانة أعلى في إحدى الأذنين يدل على وجود صمم توصيلي في نفس الأذن أو صمم حسي عصبي في الأذن الأخرى. الشخص السليم أو ناقص السمع بشكل متساوي في كلا الطرفين يسمع الصوت بشكل متساوي في كلتا الأذنين.




فحص ويبر

فحص ريني المعدل Rinne

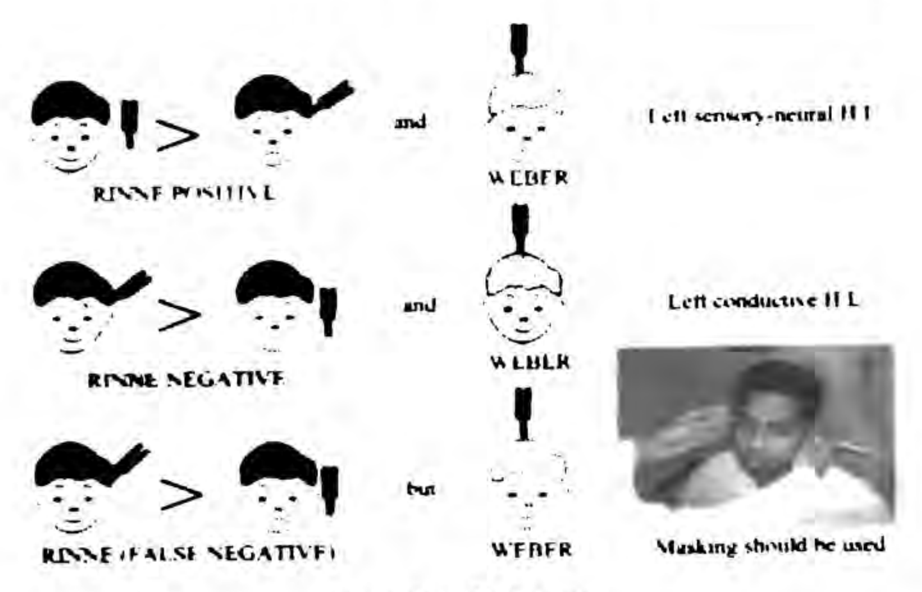
بعد أن تضرب الشوكة الرنانة بمقاس (٥١٢ هرتزاً) وتوضع قريبة من قناة الأذن الخارجية ومن ثم على الناتئ الخشائي وبعد ذلك يُسأل المريض أين يسمع الصوت أعلى وهذا الفحص يميز بين الصمم التوصيلي والصمم الحسي العصبي.

الشخص السليم يفترض أن يكون قادراً على سماع الصوت أعلى عندما توضع الشوكة الرنانة بالقرب من قناة الأذن الخارجية (التوصيل الهوائي أفضل من التوصيل العظمي) وفي هذه الحالة يعد الفحص إيجابياً (ريني إيجابي).

أما لو كان التوصيل العظمي أفضل من التوصيل الهوائي (ريني سلبي) فإنه يعني وجود صمم توصيلي بمقدار ٢٥ ديسبل (dB) تقريباً.




فحص ريني



Tunning-fork tests

فحص الشوكة الرنانة

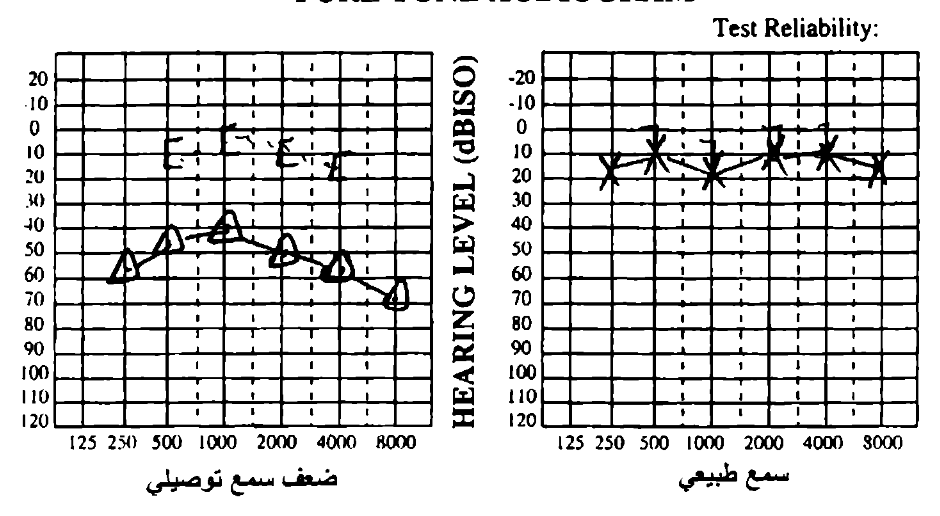
إن عمل الطبيب ليس فقط معالجة المريض بل من أهم واجباته توعية المريض بالأضرار التي قد تلحق بصحته من جراء بعض العادات الخاطئة التي قد تكون شائعة ودرهم وقاية خير من قنطار علاج.

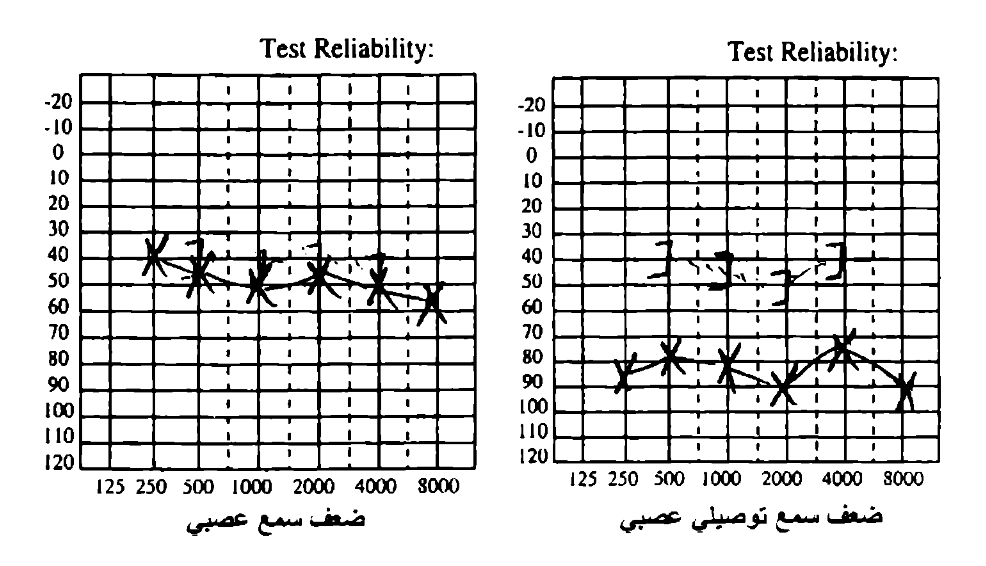
ولمعلوماتك أخي الكريم وأختي الكريمة أن الله سبحانه وتعالى الذي خلق فسوى أوجد نظاماً دقيقاً للمحافظة على الأذن وهو أنه يفرز على جلد قناة الأذن الخارجية (الثلث الخارجي) طبقة من الشمع الذي يتراوح لونه من الاصفر الفاتح إلى البني الغامق وهذه الطبقة ضرورية لحماية الأذن وجلدها. وللأذن خاصية التخلص من الشمع القديم بدفعه للخارج مع الجلد الميت دون أن نشعر بذلك.

ومن الأخطاء الضارة والشائعة بين الناس إزالة هذا الشمع إما بأعواد القطن أو بينسة الشعر أو بالقلم أو بأظافر اليد الطويلة أو بمفتاح أو بأي جسم غريب في متناول يد المريض. ونحن أطباء الانف والأذن والحنجرة نواجه العديد من الحالات المرضية من جراء هذه العادة السيئة نلخصها في التالي:

آلام بالأذن بسبب الإلتهاب أو تراكم الشمع - صمم توصيلي - جرح بجلد القناة الخارجية للأذن أو ثقب بطبلة الأذن - تهيج جلد القناة بسبب إزالة الشمع عنه مما يؤدي لحكة تزداد مع الإزالة المتكررة للشمع - قد تنفصل قطعة القطن من العود وتظل بداخل الأذن الخارجية كجسم غريب - ضيق القناة بسبب الإلتهابات المتكررة.

٣- مخطط السمع (تخطيط السمع بالنغمة النقية) Pure tone audiogram: يعد هذا فحصاً شخصياً ويجرى في غرفة معزولة صوتياً. ويعتمد على هذا الفحص لتقييم شدة الصمم وتبيين وحساب عتبة السمع وكذلك نوع الصمم.



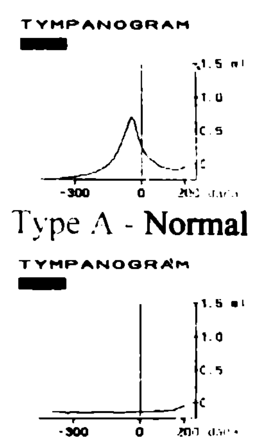


٤- المخطط الطبلي (تخطيط المعاوقة السمعية) Tympanometry: يعد فحصاً موضوعياً مفيداً في كل الأعمار لتشخيص التهاب الأذن الوسطى الرشحي.

يعتمد هذا الفحص على تغيير الضغط في قناة الأذن الخارجية بالقرب من غشاء الطبلة. ويسمى المخطط الذي نحصل عليه بالمخطط الطبلي وهذا يمدنا بمعلومات عن ضغط الأذن الوسطى وكذلك ميكانيكية الأذن الوسطى.

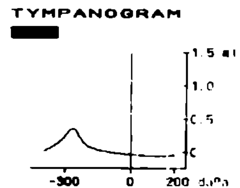
يوجد هنالك أنواع مختلفة من المخططات الطبلية والتي تصنف على حسب ضغط ومقاومة الأذن الوسطى كذلك يمكن قياس المنعكس السمعي ومنعكس الركاب.

٥- وهناك بعض الفحوصات الأخرى الأكثر تعقيداً والتي ربما نحتاج إلى عملها في بعض الحالات مثل استجابة جذع الدماغ السمعية (ABR) وفحص انبعاث الصوت من الأذن (Otoacoustic Emission).



Type A - **Normal**

Type B – **O.M. with effusion or perforated T.M.**



Type C – **Eustachian tube dysfunction**

Different types of tympanograms

كيف يعالج الصمم؟

يعد الصمم المفاجئ حالة طارئة لذا يجب على المريض مباشرة التوجه إلى قسم الطوارئ ومعاينته بواسطة اختصاصي أمراض الأنف والأذن والحنجرة وبدء العلاج وهذا بدوره يمكن أن يعيد السمع للمريض. ويمكن أن يكون الصمم المفاجئ أحادي الجانب في غالب الحالات ونادراً ما يكون ثنائي الجانب.

يستخدم العلاج الطبي/ الدوائي في معالجة الصمم التوصيلي إذا كان السبب في ذلك التهاباً في قناة الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى ولكنه قطعاً لن يكون ذا جدوى في علاج الصمم الحسي العصبي ولكن ربما يكون مساعداً لوقف المزيد من تدهور السمع.

ماهي الأهداف من التداخلات الجراحية في الأذن؟

١ - لجعل الأذن في حالة أمان.

٢ - إعادة السمع.

٣- ليستمتع المريض بحياته الطبيعية.

يستخدم العلاج الجراحي لمعالجة الصمم التوصيلي في الحالات الرئيسة التالية:

أ) بضع الطبلة وإدخال أنبوب للتهوية في حالة التهاب الأذن الوسطى الرشحي عندما تفشل المعالجة الدوائية أو الانتظار والمراقبة في معالجة الحالة بعد ثلاثة أشهر.

ب) رأب الطبلة لسد ثقب غشاء الطبلة إذا لم تلتحم بعد ثلاثة أشهر أو كان رأبها ضرورياً لأسباب أخرى.

ج) رأب الطبلة وإصلاح عظيمات الأذن الوسطى.

د) تصنيع الركاب لتصلب الأذن (عبارة عن تصلب في الصفيحة القدمية لعظمة الركاب) وفي هذه العملية نقوم باستبدال الصفيحة القدمية المتصلبة ببديل صناعي.

زراعة القوقعة: وهي عبارة عن إدخال منظومة مسرى كهربي في القوقعة لينبه العصب السمعي وتجرى هذه العملية في حالة الصمم الكامل الحسي العصبي ثنائي الجانب.

السماعات: عبارة عن أجهزة مساعدة تقوم بتضخيم الصوت وجعله أعلى للشخص الأصم لكي يستطيع أن يسمع.

قــالوا في الأمثــال
اعمل أذن من طيـن وأذن من عجين
إرمي الإبرة بتـسمع صوتهـا

ملاحظات مهمة

١ - الاكتشاف المبكر لحالات الصمم عند الأطفال مهم جداً لتفادى إعاقة رئيسة في تطور التواصل (التخاطب الكافي وتطور اللغة). يجب عمل تحري للسمع لكل الأطفال مباشرة بعد الولادة أو خلال الستة أشهر الأولى من حياتهم أما بالنسبة للأطفال المعرضين لاحتمال الإصابة بالصمم فيجب فحص السمع لهم بعد الولادة مباشرة كل ما أمكن. ومن المهم بمكان مراعاة قلق الوالدين حول هذه المشكلة بشكل جدي. المواليد المعرضين لمخاطر الإصابة بالصمم هم:

أ) الخدج.

ب) المواليد بوزن منخفض.

ج) اليرقان الوليدي.

د) نقص التاكسج في الفترة المحيطة بالولادة.

هـ) التهابات داخل الرحم (الحصبة الألمانية والفيروس المضخم للخلايا).

و) صمم وراثي.

ز) فشل اختبار السمع أثناء لهو الطفل.

٢ - يجب أخذ الحذر من فحص ريني السلبي الكاذب والذي يمكن أن يحصل في الأذن التي فيها صمم تام إلا إذا عمل تشويش للأذن السليمة أثناء الفحص.

٣- يعد وجود شمع منحشر أكثر أسباب الصمم التوصيلي عند الكبار ويُحدث صمماً بمقدار (٣٠-٤٠ ديسبل).

٤ - يعد التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي أكثر أسباب الصمم التوصيلي عند الأطفال.

٥- وجود ثقب في طبلة الأذن لايعني بالضرورة الحاجة إلى ترقيع ذلك الثقب. دواعي التدخل الجراحي تنحصر في وجود ثر أذني مستمر والتهابات متكررة مع وجود صمم. ويجب أن تكون الأذن جافة قبل التدخل الجراحي.

٦- إذا كان المريض يعاني من صمم حسي عصبي أحادي الجانب فيجب إجراء الفحوصات اللازمة لاحتمال أن يكون السبب هو وجود ورم في العصب السمعي والذي يعد من الأورام الحميدة للعصب الثامن.

٧- الفحص ريني يكون ايجابياً في حالة السمع الطبيعي وكذلك في وجود الصمم الحسي العصبي.

٨- السماعات لاينتج عنها سمع طبيعي.

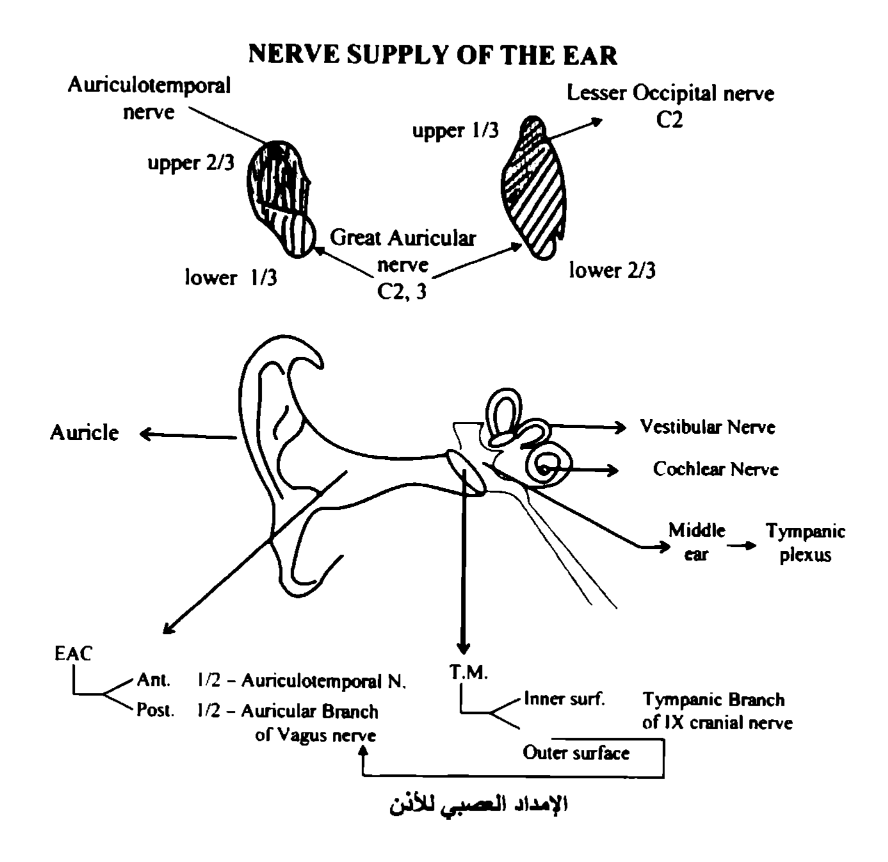
قالوا في الأمثال
اسمع كلامك تعجبني أشوف أفعالك أتعجب

ألم الأذن Otalgia

ألم الأذن يمكن أن يكون سببه من الأذن وهذا عادة يسهل تشخيصه ولكن قد يكون مصدره مناطق أخرى في الرأس والرقبة والتي تشترك مع الأذن في نفس الأعصاب الحسية وهذا ما يسمى (بألم الأذن الرجيع) وهذا النوع ليس من السهل تشخيصه دوماً.

لذا فمن الضروري بمكان الإلمام بالإمداد العصبي للأذن. بما أن الأذن تملك كل هذا الإمداد الحسي الغزير من ثلاثة أعصاب قحفية (عصب الثلاثي التوائم والعصب البلعومي اللساني والعصب المبهم) والجذور الخلفية الثانية والثالثة للأعصاب الرقبية لهذا سوف يكون هنالك أسباب أخرى كثيرة خارج الأذن تكون سبباً في حدوث تلك الآلام.

عندما يكون فحص الأذن سليماً لمريض يعاني من ألم الأذن فيجب فحص المناطق الأخرى في الرأس والرقبة والتي تشارك الأذن نفس الإمداد العصبي.



الإمداد العصبي للأذن

أسباب ألم الأذن المتعلق وغير المتعلق بها

الأسباب المتعلقة بالأذن:

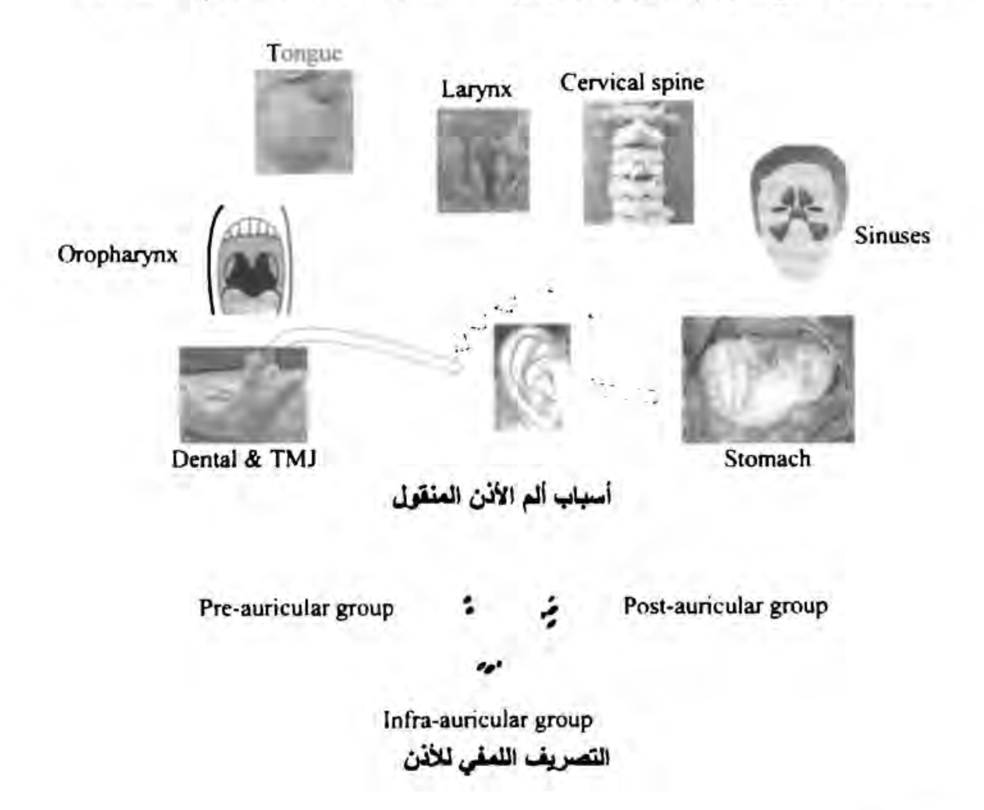
- التهاب الأذن الخارجية الحاد.
- التهاب الأذن الوسطى الحاد.
- التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي.
- دمل.
- إصابة في القناة السمعية الخارجية أو طبلة الأذن.
- التهاب سمحاق الغضروف الأذني.
- أورام الأذن الخبيثة.

الأسباب غير المتعلقة بالأذن:

- التهاب اللوزتين.
- ألم ما بعد استئصال اللوزتين.
- التهاب الجيوب الأنفية.
- أمراض الأسنان والمفصل الصدغي الفكي.
- سوء أطباق الأسنان.
- داء الفقار الرقبية.
- ورم خبيث خارج نطاق الأذن مثلاً في اللسان والحنجرة أو المعدة.

ملاحظات مهمة

إذا لم يكن هنالك سبب واضح يفسر ألم الأذن فيجب ألا ننسى بأن الأورام الخبيثة للجزء العلوي من القناة التنفسية الهضمية يمكن أن تكون السبب في ألم الأذن الرجيع عند البالغين مثل (أورام اللوزتين ومؤخرة اللسان والأخاديد والبلعوم والحنجرة).



أسباب ألم الأذن المنقول

التصريف اللمفي للأذن

ثر الأذن Otorrhea

ثر الأذن يعني وجود إفرازات من الأذن وهذا يمكن أن يكون مصدره من قناة الأذن الخارجية أو من الأذن الوسطى. وفي حالات نادرة يمكن أن يكون مصدر هذه الافرزات هو السائل النخاعي (CSF).

إن خصائص الإفرازات قد تساعدنا في معرفة طبيعة المرض فإذا كانت مائية فربما يكون هذا بسبب التهاب الأذن الخارجية الإكزيمي أو السائل النخاعي. أما إذا

كانت مخاطية فهذا يعني أن الإفرازات مصدرها الأذن الوسطى وذلك لأن قناة الأذن الخارجية مبطنة بجلد فقط ولا يوجد بها غدد مخاطية.

وفي حالة كانت هذه الإفرازات كريهة الرائحة ففي الغالب يكون هنالك التهابٌ في العظم أيضاً والذي يصاحب التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن (أمراض العلية والغار مع وجود ورم كوليستيرولي). انظر الصفحة.

ملاحظات مهمة

١- ربما يصاحب ثر الأذن بعض الصمم.

٢- أكثر أسباب ثر الأذن شيوعاً هي التهاب الأذن الخارجية والتهاب الأذن الوسطى الحاد بعد حدوث ثقب في غشاء الطبلة والتهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن.

٣- قطرات الأذن يمكن أن تستخدم حتى في وجود ثقب في الطبلة ولكن لفترة محدودة.

٤- قد يبدو الشمع اللين مثل الإفرازات.

٥- إن التنظيف غير الكافي للأذن من الإفرازات والحطام يعد سبباً شائعاً في فشل العلاج.

٦- يجب أن نكون مدركين لاحتمال حدوث الالتهاب الفطري الثانوي بعد استخدام قطرات المضاد الحيوي للأذن.

٧- ربما يكون ثر الأذن كمضاعفة لزراعة أنبوب التهوية.

٨- أخذ مسحة من إفرازات الأذن للزرع والتحسس ليس من المفيد دائماً، وذلك لأن الجراثيم المزروعة تكون غالباً ناتجة عن تلوث العينة. لذا يجب أن تؤخذ هذه المسحة في الحالات التي تكون فيها الجراثيم مقاومة للعلاج أو لا تستجيب للعلاج.

٩- ربما يكون الألم المبرح العرض الذي يسبق حدوث ثر من الأذن في حالة التهاب الأذن الوسطى الحاد. وبمجرد ما تنفجر الطبلة ويخرج القيح يخف الألم كثيراً أو يختفي كلياً.

١٠- الإفرازات المزمنة من الأذن لفترة طويلة ولا تستجيب للعلاج وتتغير خصائصها (يصاحبها نزف دموي أو ألم) يجب أن تعالج بعناية وأن يستبعد احتمال وجود ورم خبيث وراء هذه الإفرازات.

الطنين Tinnitus

الطنين يعني وجود ضجة حقيقية أو تخيلية في الأذن وهو على نمطين عرضي أي لا يسمعه سوى المريض نفسه وهو أكثرها شيوعاً أو موضوعي يسمعه بالإضافة إلى المريض الطبيب أيضاً.

ماهي أسباب الطنين؟

شخصاني:

- صمم شيخوخي.
- شمع في قناة الأذن الخارجية.
- التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي.
- صمم محدث بالضوضاء.
- دواء سام للأذن.
- داء منيير.
- تصلب عظمة الركاب.
- التهاب التيه.
- ورم العصب السمعي.

موضوعي:

- خلل وظيفي في المفصل الصدغي الفكي.
- ورم الجسم السباتي.
- ورم كبي (Glomus tumor).
- وجود حشرة في قناة السمع الخارجية.
- رمع عضلي حنكي.
- تشوه شريان وريدي (أم الدم).
- اتساع النفير.

ملاحظات مهمة

١- الطنين الأحادي الجانب خاصة إذا صاحبه صمم يجب أن يقيم المريض بواسطة اختصاصي في أعصاب الأذن.

٢- يمكن معالجة عدد كبير من مرضى الطنين بالتطمين البسيط بعد أخذ التاريخ المرضي وإجراء الفحص السريري بالإضافة للفحوصات الضرورية.

٣- أفضل علاج للطنين المصاحب بضعف سمع حسي عصبي هو السماعات.

٤- توجد أدوية تسبب الطنين مثل: مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وحاصرات بيتا والأسبرين وكوينين ومدرات البول.

٥- يمكن لحاجبات الطنين (Tinnitus maker) تقديم الدعم النفسي لبعض المرضى المصابين بالطنين.

حاجب الطنين هو جهاز إلكتروني ينتج صوتاً صناعياً ليحجب الطنين الأصلي

الدوخة Dizziness

اختلال التوازن والدوخة والدوار هي أعراض لأمراض تصيب الجهاز الدهليزي.

إنه من الأهمية بمكان أن تميز بين الدوار الحقيقي من الأعراض الأخرى مثل خفة الرأس وعدم الثبات ونوبات السقوط.

الدوار الحقيقي

هلوسة حركة جسم المريض أو بيئة المريض من حوله.

خفة الرأس

شعور المريض بعدم التوازن في رأسه.

عدم الثبات

فقد التوازن بالنسبة للبيئة من حوله.

الغشية

فقدان المريض لقوى جسمه الباسطة وسقوطه المفاجئ على الأرض وبشدة دون أي إنذار ولا يصاحب ذلك فقدان الوعي وفي معظم الأوقات يتعافى المريض تماماً.

إن من أكثر الأخطاء شيوعاً وسم كل مريض بالدوخة بأنه مصاب بالدوار.

إن التاريخ المرضي المفصل هو المفتاح لتشخيص معظم مرضى الدوخة وهذا يشمل التالي:

١- معرفة طبيعة الشكوى من خلال بدايتها ومدتها وهل هي تأتي على شكل نوبات أم أنها مستمرة.

٢- الأعراض المصاحبة وخاصة أعراض الأذن الأخرى.

٣- هل يصاحبها فقدان للوعي.

٤- هل يوجد عامل مؤهب؟

٥- التاريخ المرضى العام للمريض بما في ذلك الأدوية.

٦.الأعراض العصبية (صداع، ضعف، مذل، ازدواج الرؤية، ترنح وعدم تناسق الحركات) وهذه الأعراض ربما تدل على وجود سبب مركزي للدوخة.

ويأتي بعد التاريخ المرضى الفحص السريري والذي يشمل:

- فحص الأنف والأذن والحنجرة.
- فحص العين وحركة الرقبة (رأرأة).
- فحص الجهاز العصبي بما في ذلك الأعصاب القحفية.
- فحص القلب والأوعية الدموية.

وفي النهاية تأتي الفحوصات الطبية لتؤكد التشخيص المتوقع. وهي تشمل الفحوصات السمعية وفحوصات التوازن، الفحوصات الإشعاعية، وفحوصات أخرى مثل مختصر تعداد كامل للدم وفحص سكر الدم الصيامي والغدة الدرقية والكوليسترول والفحوصات المصلية للزهري.

التشخيص التفريقي للمريض المصاب بالدوخة

Differential Diagnosis of Dizzy Patient

الأسباب المتعلقة بالأذن:

- دوار الوضعة الأنتيابي الحميد.
- داء منيير.
- التهاب العصبون الدهليزي.
- ورم العصب السمعي.
- التهاب الأذن الوسطى المزمن القيحي مع وجود ورم كوليسترولي.
- إصابة للاذن الداخلية.
- تمزق النافذة المدورة أو البيضاوية.

الأسباب غير المتعلقة بالأذن:

- أدوية (أما ينوجلاكوسايد).
- مشاكل بالرقبة مثل تنكس الفقار.
- نقص التروية الفقرية القاعدية.
- هبوط التوتر الانتصابي.
- الشقيقة.
- القلق.
- التصلب المتعدد.
- نوبة نقص التروية العابرة.
- أمراض غير متابعة وغير مضبوطة مثل: السكري - ارتفاع ضغط الدم - ارتفاع دهون الدم.

الرأرأة Nystagmus

عبارة عن حركة غير إرادية منتظمة للعين نتيجة وجود خلل في جهاز التوازن. والرأرأة الناتجة عن خلل في الجهاز الدهليزي هي علامة موضوعية عن الدوران. وتتكون الرأرأة الدهليزية من حركة بطيئة باتجاه واحد متبوعاً بحركة سريعة تعيد العين إلى الجهة المعاكسة.



التشخيص التفريقي للمريض المصاب بالدوخة

أمراض الأذن الخارجية

Diseases of the External Ear

هنالك أمراض عديدة تؤثر في الأذن الخارجية، ولكن سوف نناقش هنا فقط أكثرها شيوعاً وأهمها عملياً وتطبيقياً للممارس العام.

١- انحشار الشمع

٢- التهاب الأذن الخارجية (Otitis externa).

أ) التهاب الأذن الخارجية (المنتشر) والحاد والمزمن.

ب) دمل (التهاب الأذن الخارجية الموضعي).

ج) التهاب الطبلة الفقاعي (التهاب يصيب الطبقة السطحية للطبلة).

د) التهاب سمحاق الغضروف.

٣- أذن خفاشية.

انحشار الشمع Wax

يعد الشمع من الإفرازات الطبيعية الفسيولوجية للثلث الخارجي من قناة الأذن الخارجية ويتكون من خليط من إفرازات الغدد الزهمية والصملاخية والتي توجد فقط في الثلث الخارجي من القناة السمعية الخارجية.

إن للشمع وظائف مهمة في الأذن الخارجية:

١- يمنع دخول جسيمات المواد (الغبار والجراثيم والحشرات) إلى الجزء العميق من القناة.

٢- له وظيفة مناعية سطحية واقية.

٣- يحمي جلد قناة الأذن الخارجية من دخول الماء إليه.

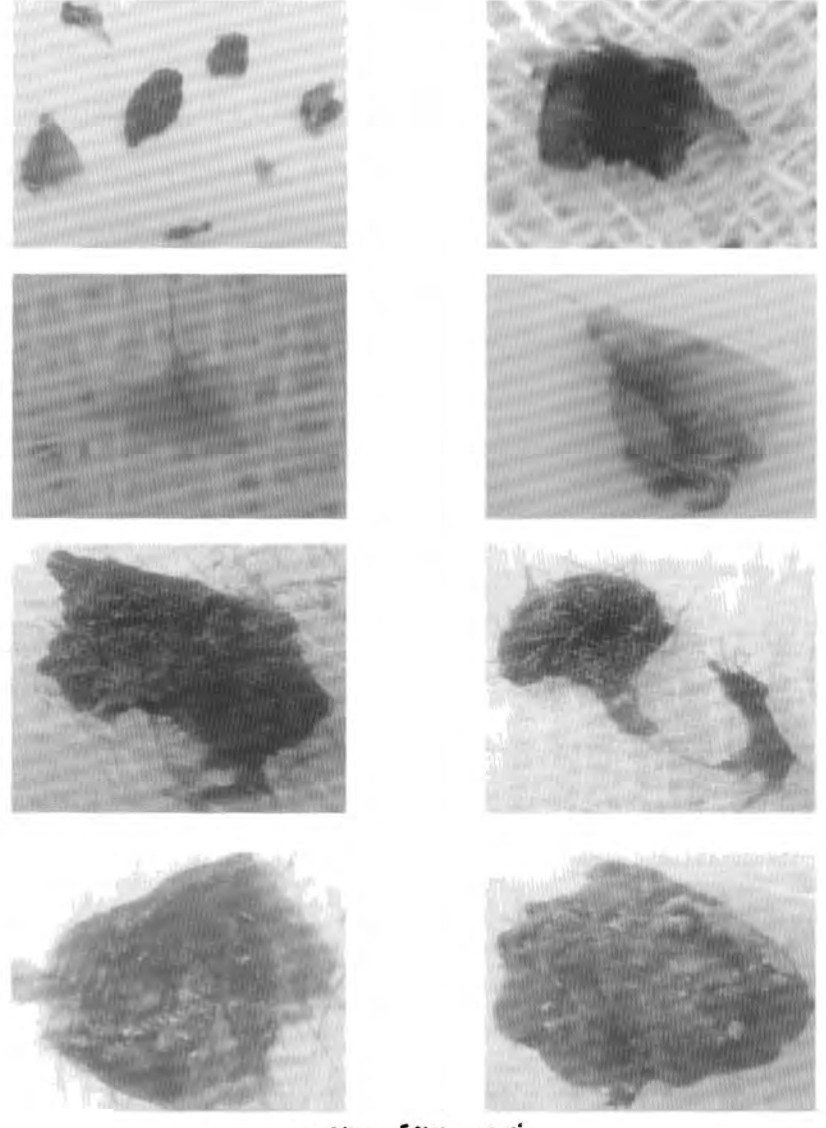
٤- يحتوي على باهاء منخفض والذي بدوره يمنع نمو الجراثيم.

وبناءً على هذه الوظائف المهمة يجب أن لا نزيل الشمع مالم يكن محشوراً داخل القناة السمعية لأنه من الطبيعي أن يوجد بعض الشمع في قناة الأذن الخارجية.

إن تنظيف الأذن بواسطة عيدان القطن عادة سيئة يجب إيقافها وذلك لأنه ربما يؤدي ذلك إلى حشر الشمع وتراكمه في عمق قناة الأذن الخارجية وهذا قد يُحدث إصابة لجلد القناة السمعية أو طبلة الأذن والذي قد ينتج عنه بعض المضاعفات مثل دمل والتهاب الأذن الخارجية وثقب في طبلة الأذن أو صمم بسبب تراكم الشمع ويكون بسيطاً ما لم يسد القناة السمعية بالكامل.

إن الجلد المبطن للثلثين الداخليين من قناة الأذن الخارجية له خاصية مميزة مقارنة بالجلد في أي مكان آخر من الجسم حيث يتحرك إلى الخارج وهذه الخاصية النشطة تبدأ بالقرب من مركز الطبلة ثم تواصل التحرك إلى خارج قناة الأذن الخارجية بسرعة حوالي ٢ مم بالشهر.

وهذه الخاصية سوف توفر طريقة تنظيف طبيعية للأنسجة المتوسفة والشمع وهذا مهم في عملية السمع (التوصيل الهوائي). بينما الجلد المغطي للثلث الخارجي من القناة السمعية لا يملك تلك الخاصية ويماثل أي جلد في أي مكان من الجسم.



أنواع مختلفة من الشمع

إن من الواجب تليين الشمع الصلب المنحشر قبل إزالته وهذا يتم باستخدام قطرة محللة للشمع مثل زيت الزيتون الدافئ أو قطرات بيكربونات الصوديوم.

يمكن تنظيف الشمع بأي من الطرق التالية:

١ - عن طريق الشفط باستخدام المجهر في العيادات الخارجية وهذه تعتبر أفضل طريقة متوفرة.

٢ - باستخدام الصنارة أو المسبار في وجود إضاءة جيدة.

٣ - باستخدام محقنة الأذن (غسيل الأذن).

غسيل الأذن









طريقة صحيحة **طريقة غير صحيحة**

ما هي دواعي غسيل الأذن بالماء؟

١ - إزالة الشمع بعد تليينه.

٢ - إزالة الأجسام الغريبة.

٣- إزالة كتلة من الحطام كما هو الحال في التهاب الأذن الخارجية المزمن.

ما هي موانع استعمال طريقة غسيل الأذن بالماء؟

١- وجود ثقب في طبلة الأذن.

٢- التهاب الأذن الخارجية الحاد.

٣- جسم غريب محشور أو نباتي الأصل.

٤- إذا كانت هي الأذن الوحيدة التي يسمع بها المريض.

٥- عملية أذن سابقة.

٦- إصابة حديثة للأذن.

ما هي مضاعفات غسيل الأذن بالماء؟

١- تهتك في الجلد المبطن للقناة السمعية أو تمزق بالطبلة.

٢- التهاب الأذن الخارجية والتهاب الأذن الوسطى إذا كانت الطبلة مثقوبة وتنبيه جهاز التوازن في الأذن الداخلية إذا استخدمنا ماء شديد البرودة أو شديد الحرارة مما يؤدي إلى حدوث دوخة و رأرأه في العين.

٣- تنبيه للعصب المبهم (القحفي العاشر) وهذا يؤدي إلى منعكس السعال أو نوبة وعائية مبهمية.

ابتهال

عبادك يا رب ضلوا السبيل	**وحار الدليل فما يهتدون**
تشامخ في أرضك الأدنياء	**فمتى عن غيهم ينتهون**
ولم يبق في الناس معنى الحياء	**فأمسوا بآثامهم يفخرون**
أخاف عليهم وأرجو لهم	**فغفراً لهم إنهم لا يعون**
وأنت الغفور الودود العليم	**بما قد يُسّرون أو يُعلنون**
وأنت اللطيف الرؤوف الرحيم	**وأنت الرفيق الشفيق الحنون**

التهاب الأذن الخارجية Infection of External Ear

كيف نصنف التهاب الأذن الخارجية؟

يمكن تصنيفها إلى قسمين التهاب حاد أو مزمن (أكثر من ستة أسابيع) وهذا ينقسم إلى:

تفاعلي (تحسسي) Reactive (allergic):	معدي Infective:
• التهاب الجلد التماسي.	موضعي: دمل
• أكزيمه.	منتشـر: بكتيري
• صدفية.	: فيروسي
• التهاب جلدي عصبي.	: فطري (التهاب الأذن الفطري)
• التهاب الجلد المثي.	

ما هي الأسباب المؤدية إلى التهاب الأذن الخارجية؟

١- تكثر في البيئة الندية الرطبة.

٢- السباحة ولذلك يوجد نوع يسمى أذن السباحين.

٣- إصابة موضعية لقناة السمع الخارجية خاصة مع عيدان القطن.

٤- المهيجات مثل (الشامبو وصبغات الشعر).

٥- حالة جلد أولية (أكزيمه أوصدفية).

٦- كمضاعفة لالتهاب الأذن الوسطى.

٧- فشل التنقل الظهاري.







عادات سيئة

ما هي أكثر الكائنات المسببة لالتهاب الأذن الخارجية شيوعاً؟

١ - التهاب بكتيري حاد (الزائفة الزنجارية والعنقودية والمتقلبة وبعض الجراثيم سلبية الغرام.

٢- التهاب فيروسي حاد (الفيروس النطاقي الحماقي).

٣- التهاب بكتيري مزمن (عصيات سلبية الغرام مثل المتقلبة).

٤ - التهاب فطري (عادة ما تسببها الرشاشية أو المبيضة).

ما هي أعراض التهاب الأذن الخارجية؟

١ - في حالة الالتهاب الحاد يشعر المريض بألم مبرح في الأذن وتحريك صيوان الأذن أو الضغط على زنمة الأذن سوف يسبب ألماً. أما في حالة الالتهاب المزمن فلا يوجد ألم.دمل الأذن الخارجية عادة تصاحبها آلام مبرحة.

٢- في حالة التهاب الأذن الفطري فإنه يصاحبها ألم غير حاد وحكة وانسداد في الأذن وإفرازات ثقيلة من الأذن.

٣- صمم توصيلي في حال انسداد القناة بالتورم أو تراكم الإفرازات.

٤ - ألم عند جس الأذن هو المفتاح التشخيصي الأول للتفريق بين التهاب الأذن الخارجية والتهاب الأذن الوسطى.

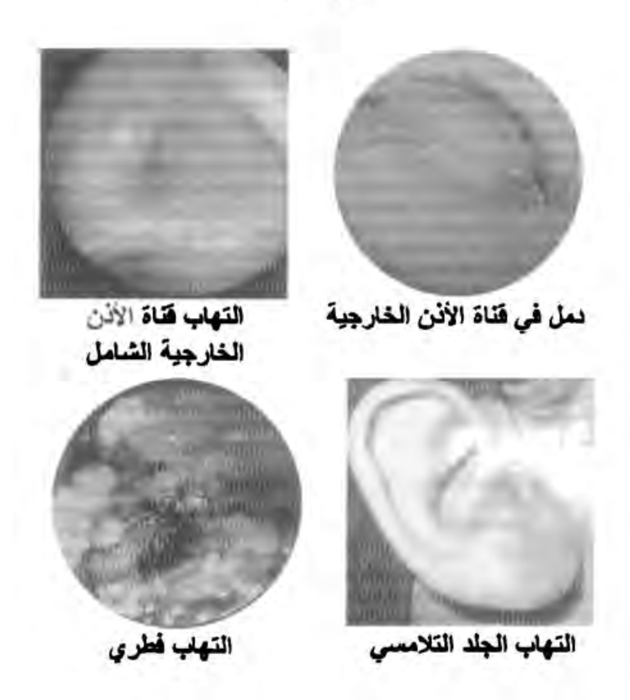
ما هي علامات التهاب الأذن الخارجية؟

١ - التهاب الأذن الخارجية المنتشر.

٢ - دمل.

٣- التهاب الأذن الفطري.

٤ - التهاب الجلد التلامسي.



دمل في قناة الأذن الخارجية

التهاب قناة الأذن الخارجية الشامل

التهاب الجلد التلامسي

التهاب فطري

ما هي الفحوصات اللازم عملها؟ Investigations

مسحة من الأذن للزراعة وحساسية الجراثيم للمضاد الحيوي وكذلك صبغة للفطريات وهذا في الحالات المقاومة والتي لم تستجيب للعلاج.

ما هي طرق العلاج؟

يوجد هنالك طرق أساسية يجب اتباعها عند معالجة التهاب الأذن الخارجية وفي حالة عدم اتباع تلك الطرق فسوف يؤدي ذلك إلى فشل العلاج وتشمل تلك الطرق ما يلي:

١- تنظيف الأذن بشكل دقيق وجيد من كل الشوائب والمواد الملوثة من القناة السمعية الخارجية وفي كثير من الحالات هذا كل ما يجب عمله.

٢- إعطاء مسكن جيد للألم في حالة الالتهاب الحاد.

٣- استخدام فتيلة الأذن لأنها تسمح للدواء بأن يلامس جلد القناة السمعية الملتهب لفترة أطول وأيضاً سوف يكون مانعاً للمريض من أن يخدش أذنه الملتهبة.

يجب أن توجه المعالجة إلى السبب المؤدي لالتهاب الأذن كما يلي:

١ - المضادات الحيوية للالتهاب البكتيري (المضاد الموضعي (Topical) أو عامة (Systemic)).

٢ - مضادات الفطريات سواء موضعية أو عامة في الحالات المقاومة.

٣ - يمكن أن تكون المعالجة الموضعية على شكل كريم ومرهم وقطرات أو مسحوق.

٤ - يجب التحكم ومعالجة الحكة بواسطة مضادات الهستامين.

٥ - ضبط مرض السكري.

بالرغم من المعالجة في الحالات المستمرة فإنه يجب تحويل الحالة إلى اختصاصي أمراض الأنف والأذن والحنجرة أو اختصاصي الأمراض الجلدية.

الدمل Furunculosis

عبارة عن التهاب في جريب الشعر تسببه الجرثومة العنقودية في الثلث الخارجي من قناة الأذن الخارجية. ويصاحب هذا الالتهاب ألم شديد نابض وحرارة قبيل انفجار الخراج. تنظيف الخراج تحت التخدير العام نادراً ما يتم عمله. إذا فشلت المعالجة الدوائية (المضاد الحيوي العام وفتيلة الأذن المبللة بالمضاد الحيوي الموضعي والكرتيزون) يمكن تغيير فتيلة الأذن كل ٢٤ - ٤٨ ساعة.

التهاب الأذن الخارجية الخبيث (الناخر) Malignant otitis externa

التهابٌ شرس مميت يصيب القناة السمعية الخارجية مصحوباً بالتهاب العظم والنقي وبسبب هذه الشراسة يطلق عليه خبيث وهذا اسم غير دقيق لأنه لايوجد ورم هنا. وأكثر من يصاب بهذه الحالة هم كبار السن المصابون بداء السكري ولكن قد يصيب أي شخص آخر.

يصاحب هذه الحالة ألم شديد ويلاحظ أثناء الفحص وجود نسيج حبيبي والذي من الممكن أن ينتشر حتى يصل للعصب القحفي السابع والتاسع والعاشر وكذلك الحادي عشر.

والجرثومة المسببة لهذه الحالة هي البكتيريا الزائفة.

يجب أن تتم المعالجة بهذه الطرق:

- أن يعطى المريض مسكناً جيداً وقوياً.
- أن يعطى مضاداً حيوياً موضعياً بعد تنظيف الأذن.
- أن يعطى مضاداً حيوياً عن طريق الوريد لمدة ستة أسابيع أو أكثر أو أن يعطى مضاد الكوينولين عن طريق الفم والذي هو خيار جيد أيضاً، وكذلك فعال ضد نفس الجرثومة المسببة.
- في بعض الأحيان قد يحتاج المريض إلى تنظير جراحي.
- التحكم الجيد بداء السكري.
- معالجة نقص المناعة إذا كان المريض يعاني من ذلك.

إن أخذ خزعة من النسيج الحبيبي مهم جداً حتى نثبت عدم وجود ورم، أيضاً عمل أشعة للعظم بشكل دوري شيء مهم لتقييم شفاء المريض.

ملاحظات مهمة

١- يجب الأخذ بعين الاعتبار عند أخذ التاريخ المرضي في حالة الالتهاب المزمن والالتهاب الراجع للأذن الخارجية العوامل المؤهبة مثل السباحة ومهنة المريض (عامل هاتف) وتاريخ الحساسية في العائلة وإذا كان المريض قد قام بوضع أي دواء وخاصة العشبي أو النباتي في أذنه وإذا كان المريض يعاني من التهاب الجلد التلامسي وهل يستخدم سماعات الأذن وما إذا كان مصابا بداء السكري.

٢- بعد الشفاء من التهاب الأذن الخارجية الحاد يجب فحص طبلة الأذن حتى نتأكد من عدم وجود التهاب في الأذن الوسطى كسبب في التهاب الأذن الخارجية.

٣- يجب أن ينصح المريض بأن يتجنب دخول الماء إلى أذنه على الأقل لمدة تتراوح من عشرة أيام إلى أسبوعين لمنع رجوع المرض مرة أخرى ويمكن عمل ذلك بوضع سدادة قطنية في مدخل القناة السمعية الخارجية مغطاة من الخارج بفازلين.

٤- ينصح المريض بتجنب حك الأذن الخارجية ببعض الأشياء مثل (أعواد القطن والأظافر والمفتاح وأعواد الثقاب ومساكات الشعر) لأنها سوف تؤدي إلى جرح

قناة الأذن الخارجية ومن ثم حصول التهاب في الأذن الخارجية. ومن الضروري أن يفهم المريض بأن الأذن الخارجية تتمتع بخاصية التنظيف الذاتي أي أنه لا داعي لاستخدام أي طريقة أخرى للتنظيف بالإضافة إلى الأضرار الناجمة عن استخدام مثل تلك المواد.

٥- الاستخدام الطويل لقطرات الأذن المكونة من مضاد حيوي ومادة الكرتيزون يساعد على الإصابة بالتهاب فطري في الأذن الخارجية.

٦- التهاب الأذن الخارجية الحاد المنتشر ربما يصاحبه التهاب الهلل في الغدة النكافية مع وجود تضخم محدود في العقد اللمفية وذلك نتيجة انتشار المرض من قناة الأذن الخارجية إلى تلك المنطقة عن طريق شق موجود في الغضروف الأمامي من قناة الأذن الخارجية.

التهاب الطبلة الفقاعي **Bullous myringitis**

عبارة عن التهاب مميز يصيب طبلة الأذن ويسببه فيروس كوساكي نوع ب. تتكون نفطة دموية بين الغشاء الخارجي والأوسط لطبلة الأذن وتعتبر هذه الحالة مؤلمة جداً ولا تحتاج سوى مسكن جيد.



التهاب الطبلة الفقاعي بعد انفجار الفقاعة الدموية

التهاب سمحاق الغضروف **Perichondritis**

في التهاب سمحاق الغضروف يبدو صيوان الأذن متورماً والجلد المغطي له محمراً ومؤلماً. ربما تحدث هذه الحالة مع التهاب الأذن الخارجية الحاد ولكنها تحدث أكثر

في حال الإصابات (بعد الجراحة بضع الجلد بشكل غير صحيح أو إصابة غير جراحية مثل لدغة الحشرات) أو إصابة مباشرة.

يجب معالجة هذه الحالة بعناية خاصة عن طريق المضادات الحيوية من أجل منع حدوث نخر في الغضروف والذي ربما يؤدي إلى تشوه دائم في صيوان الأذن (الأذن القنبيطية) وكذلك إعطاء المريض المسكن الجيد لأن هذه الحالة مؤلمة جداً.



الأذن القنبيطية التهاب سمحاق الغضروف

أذن الخفاش Bat ear

شذوذ خلقي يصيب صيوان الأذن نتيجة عدم تكون وترة الصيوان. ويبدو صيوان الأذن بارزاً إلى الأمام. وقد تعرض هذه الحالة الطفل للتهكم من زملائه بل ربما يودي ذلك إلى مشاكل نفسية. ولذا يجب معالجتها جراحياً قبيل دخول المدرسة (في السنة الخامسة) وتسمى هذه العملية برأب صيوان الأذن.





أذن الخفاش

أمراض الأذن الوسطى

Diseases of the Middle Ear

التهاب الأذن الوسطى Otitis Media

عبارة عن التهاب يشمل حيز الأذن الوسطى. ثمانون بالمائة من الأطفال على الأقل يصابون بالتهاب الأذن الوسطى ولو لمرة واحدة ببلغوهم سن الثالثة.

يمكن تصنيف التهاب الأذن الوسطى إلى:

١- التهاب الأذن الوسطى الحاد (أقل من ثلاثة أسابيع في مدته).

٢- التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي.

٣- التهاب الأذن الوسطى المزمن (أكثر من ثلاثة أشهر في مدته).

التهاب الأذن الوسطى الحاد Acute Otitis Media

يعد هذا المرض أكثر شيوعاً عند الأطفال ويكون في الغالب مصاحباً لالتهاب مجرى التنفس العلوي. ويسببه التهاب بكتيري غالباً بالرغم من أن ١٦ ٪ من المزرعة تكون سلبية وربما يكون هذا هو السبب في افتراض أن هذا الالتهاب مصدره فيروسي وأكثر الجراثيم المسببة لهذا الالتهاب هي:

العقدية الرئوية (٣٥٪).

المستديمة النزلية (٢٣٪).

الموركسيلة كتارلس (١٤٪).

جراثيم إيجابية الغرام الأخرى (٧٪).

إمْراض Pathogenesis

المرضيات المسببة لالتهاب الأذن الوسطى تعد متعددة الأسباب لكن الأكثر وضوحاً ومسجلة هي:

أ) خلل في وظيفة النفير: انسداد حاد في قناة النفير نتيجة التهاب في المجرى التنفسي العلوي أو وجود تحسس مما يؤدي إلى حدوث ضغط سلبي في الأذن الوسطى وهذا بدوره يؤدي إلى رشح من سائل المصليات.

ب) إصابات هذا السائل بالعدوى البكتيرية من البلعوم الأنفي: ونتيجة لذلك يحدث التهاب الأذن الوسطى الحاد. وهناك عوامل أخرى قد تكون مساعدة في حدوث هذا الالتهاب مثل الأطفال الذين يحضرون مركز الرعاية النهارية والرضاعة الصناعية والتدخين السلبي.

الأعراض Symptoms

تشمل الأعراض ألماً بالأذن وصمماً وحمى وثر أذني بالإضافة إلى توعك عام. ولكن علينا أن نتذكر بأن الأطفال وخاصة صغار السن منهم ربما لا يفصحون بهذه الأعراض ولكن تكون شكواهم هي البكاء والهيجان وقلة النوم وشد الأذن المصابة واستفراغ أو إسهال.

أما عند إصابة البالغين بهذا الالتهاب بالإضافة إلى ما ذكر يشتكون من عدم التوازن ولكن هذه الشكوى ليست كثيرة الحدوث.

علامات المرض signs

في بداية المرض تكون الأوعية الدموية حول قبضة المطرقة محتقنة وبعد ذلك بقليل تفقد طبلة الأذن شفافيتها وتصبح معتمة ومنكمشة لكن غالباً تكون منتفخة وتفقد معالمها الطبيعية. وفي الجزء الأكثر انتفاخاً من طبلة الأذن يحصل تنخر محرض بالضغط والذي يؤدي إلى تمزق الطبلة وهذا يسمح للإفرازات بالخروج.



T.M. bulging



Congestion stage

Acute otitis media

التهاب الأذن الوسطى الحاد

المعالجة Treatment

١ - المسكن وخافض الحرارة.

٢ - المضاد الحيوي عن طريق الفم بداية بمضاد الأموكسسلن بجرعة ٥٠-٧٠ ملغم لكل كيلو جرام وزن في اليوم لمدة عشرة أيام. إذا فشلت المعالجة بهذه الطريقة فربما يكون نتيجة مقاومة البكتيريا لهذا المضاد أو ربما نتيجة المعالجة الخاطئة بإعطاء جرعات أقل من المطلوب. أما خط العلاج الثاني فيعتمد على إعطاء نفس المضاد ولكن بعد أن أضيف له مادة كلافيولنك حمض كلافيولنك.

٣- قطرة أنفية مزيلة للاحتقان.

٤- التنظيف المنتظم للإذن إذا كان هنالك ثقبٌ في الطبلة مع وجود إفرازات.

٥- يتوفر الآن لقاح ضد بكتيريا المستدمية النزلية والعقدية الرئوية.

عقابيل التهاب الأذن الوسطى Sequelae of otitis media

حوالي ٧٠٪ من الحالات تعود إلى وضعها الطبيعي في خلال ثلاثة أسابيع.

وحوالي ٢٧٪ تعود إلى وضعها الطبيعي خلال ثلاثة أشهر.

وحوالي ٣ ٪ تتحول إلى حالات مزمنة:

- التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي.
- التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن بنوعيه (الآمن وغير الآمن مع وجود ورم كوليسترولي).
- التهاب الأذن الالتصاقي.
- تصلب الطبل (تكلس).



تكلس طبلة الأذن

المضاعفات Complications

مضاعفات التهاب الأذن الوسطى الحاد كانت شائعة فيها قبل عصر المضادات الحيوية ولكن ربما تصبح شائعة مرة أخرى بسبب ازدياد معدل انتشار الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية وخاصة نوع العقدية الرئوية.

١ - التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي.

٢- التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن.

٣- التهاب الخشاء الحاد.

٤ - تصلب الطبل ويجب هنا أن نميز بين هذه الحالة وحالة تصلب الأذن وتصلب الطبل عبارة عن طريقة التئام غير طبيعية بعد التهاب أو رضب أو وضع أنبوب تهوية في طبلة الأذن والذي يؤدي إلى تكون رقعة طباشيرية بيضاء على طبلة الأذن أو في الأذن الوسطى.تبدأ هذه الحالة على شكل تنكس هياليني ثم تتحول إلى تكلس. قد تؤدي هذه الحالة إلى صمم توصيلي بسيط أما إذا كانت الأذن الوسطى متأثرة أيضاً وخاصة العظيمات فإن ذلك قد يؤدي إلى صمم توصيلي شديد.

٥ - شلل في العصب الوجهي (القحفي السابع) إذا كان هناك انكشاف في العظم المغطي للعصب السابع في الأذن الوسطى.

٦ - التهاب التيه.

٧- مضاعفات داخل القحف مثل التهاب السحايا والخراج خارج الجافية وخراج الفص الصدغي وخثار الجيب الجانبي.

ملاحظات مهمة

١ - ليس لقطرات الأذن تأثيرٌ مسكن وذلك لضعف امتصاصها من الجلد لذا يجب إعطاء مسكن فعال عن طريق الفم.

٢ - ألم الأذن ليس بسبب الالتهاب دائماً بل ربما يكون ألماً رجيعاً وهذا نلاحظه كثيراً عند الأطفال أثناء فترة التسنين، لذا يجب عدم إعطاء المضاد الحيوي إلا في حالة وجود التهاب.

٣- لا يمكن اعتبار التهاب الأذن الوسطى الحاد قد شفي تماماً إلا إذا عاد غشاء الطبلة والسمع إلى الوضع الطبيعي.

٤- يجب فحص أي طفل يعاني من حرارة مجهولة المنشأ لنفي وجود التهاب في الأذن الوسطى لديه.

٥- بعد المعالجة الكافية لالتهاب الأذن الوسطى الحاد يبقى لدى ٥٠٪ من الأطفال سوائل خلف الطبلة مدة أسبوعين بينما يبقى لدى حوالي ١٠٪ منهم سوائل خلف الطبلة مدة عشرة أسابيع.

٦- يجب علينا أن نحذر عند ظهور بعض الأعراض مثل: الصداع وعدم وضوح الرؤية والتقيء والحرارة العالية، والتي ربما تشير إلى وجود مضاعفات خطيرة لالتهاب الأذن الوسطى المزمن القيحي مثل: خراج المخيخ.

عارض ابن سينا قول القدامى بأن الأنسجة الطرية كالدماغ والأنسجة القاسية كالعظم لا تلتهب بتاتاً، وهذه النظرية مغلوطة. وكان ابن سينا أول من اكتشف التهابات غشاء الدماغ المعدية ... ووضع أول وصف لتشخيص مرض تصلب الرقبة والتهاب السحايا بشكل واضح يضاهي ما نقوم به في ايامنا هذه علماً وصحة

التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي Otitis Media with Effusion

إن سبب تكون هذا الارتشاح هو تجمع السوائل بنوعيها (المصلي والمخاطي) في الأذن الوسطى. وهذا ينتج عن ضعف تهوية الأذن الوسطى. وتصيب هذه الحالة حوالي ثلث الأطفال في مرحلة ما في حياتهم.

الأمراض Pathogensis

يوجد أكثر من عامل ربما يكون وراء حدوث هذه الحالة ولكن السبب الرئيس يظل غامضاً. أما العوامل التي ربما تكون وراء حدوث هذه الحالة فهي كالتالي:

١- كحصيلة لالتهاب الأذن الوسطى الحاد.

٢- خلل في وظيفة النفير.

٣- تحسس أو التهاب في الغشاء المخاطي للأذن الوسطى.

الأعراض Symptoms

يعد ضعف السمع (حوالي ٣٠ ديسبل صمم توصيلي) هو الشكوى الرئيسة والتي ربما تؤدي إلى تأخر في تطور اللغة والسلوك وإلى مشاكل في القراءة والتعلم في المدرسة. يتأثر بهذه الحالة عددٌ من الأطفال ولا يتم تشخيصهم لأن معظم هذه الحالات سوف تشفى من نفسها دون أن تسبب مشاكل على المدى البعيد. ولكن يجب على الأطباء الممارسين العامين وأطباء العائلة التعرف على الأطفال الذين يحتاجون إلى تدخلٍ علاجي.

العلامات Signs

إن مظهر طبلة الأذن في هذه الحالة متغيرٌ. فربما تكون باهتة أو منكمشة. ربما يلاحظ وجود سوائل خلف الطبلة. إذا تم فحص الطبلة بواسطة منظار الأذن الهوائي فإنك سوف تلاحظ تقييد في حركة الطبلة.



التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي مع وجود سوائل خلف الطبلة





التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي

التشخيص Diagnosis

١- تشخص الحالة بواسطة المنظار الأذني.

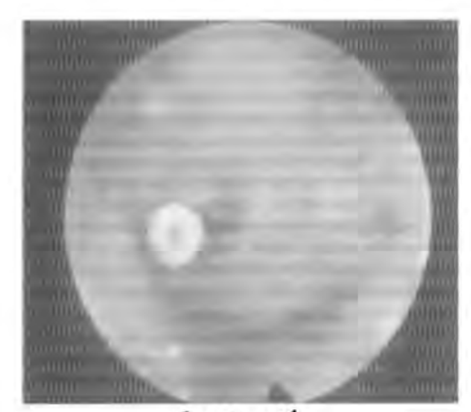
٢- في قياس الطبل تحصل على منحنى مسطح نوع ب.

٣- في قياس السمع يتضح وجود صمم توصيلي.

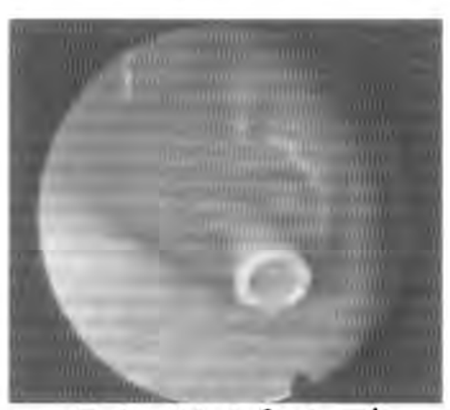
المعالجة Treatment

لأن معظم الحالات تشفى من نفسها من غير علاج لذلك يظل دور العلاج الدوائي محدوداً ولا يزال هنالك خلافٌ على استخدام العلاج الدوائي في هذه الحالات. ويشمل العلاج الدوائي المضادات الحيوية ومزيل الاحتقان والكرتيزون ومضادات الهستامين.

متابعة المريض بعد ثلاثة أشهر مهمة جداً لمعرفة الحالات المستديمة والتي يصاحبها صمم وتحتاج إلى بضع الطبلة ووضع أنبوب تهوية. قد يكون استئصال الناميات ضرورياً أيضاً. أنبوب التهوية يسقط عادة تلقائياً بعد مرور ستة إلى تسعة أشهر.



أنبوب تهوية



أنبوب تهوية على شكل حرف T

ملاحظات مهمة

١- أن اتباع خطة الانتظار والمراقبة تعد طريقة علاجية مناسبة في حالة التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي وذلك لأن ٥٠-٨٠٪ من الارتشاح يختفي تلقائياً في خلال ستة-ثمانية أسابيع من بداية المرض.

٢- في حالة التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي الأحادي الجانب ومن النادر الثنائي الجانب عند البالغين يجب استبعاد حدوث ورم البلعوم الأنفي الخبيث.

٣- الحالات ذات الصلة بالتهاب الأذن الارتشاحي يجب أن تتم معالجتها أيضاً مثل التحسس.

التهاب الأذن الوسطى المزمن القيحي

Chronic Suppurative Otitis Media CSOM

هو عبارة عن التهاب مزمن قيحي في الأذن الوسطى مع وجود ثقب في طبلة الأذن ويصنف إلى:

١ - من الناحية التشريحية

أ) التهاب نفيري طبلي (آمن): وهذا الالتهاب محدود للغشاء المخاطي للجزء الأمامي السفلي من جوف الأذن الوسطى. ويوجد ثقب مركزي في غشاء الطبلة بمعنى أنه لا يزال جزء من الطبلة موجود في جميع حواف الثقب. وهذه الحالة غير مؤلمة ويصاحبها إفرازات غزيرة ولا يصاحبها ورم كوليسترولي ونادراً ما يحدث مضاعفات في هذا النوع.

ب) التهاب العلية و الغار (غير آمن بسبب احتمال حدوث مضاعفات خطيرة): ويصيب هذا المرض العلية وغار الخشاء. ويكون ثقب طبلة الأذن طرفياً بمعنى أنه لايوجد بقايا من طبلة الأذن في أحد أطرافه .وهذه حالة غير مؤلمة ويصاحبها إفرازات منتنة قليلة وغالباً ما يكون هنالك ورمٌ كوليسترولي.

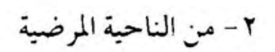
ما هو الورم كوليسترولي (Cholesteatoma)؟

عبارة عن كيس مبطن بظهارة حرشفية الخلايا ويحتوي على كيراتين وحطام متوسف.

يؤدي الضغط السلبي للأذن الوسطى نتيجة خلل في وظيفة النفير إلى حدوث انكماش في طبلة الأذن في منطقة الجزء الرخو لغشاء الطبلة أو في الجزء الذي قد حدث فيه ثقب في غشاء الطبلة من قبل وفي كلتا الحالتين ربما يؤدي هذا إلى تكون ورم كوليسترولي

ربما يؤدي الورم الكوليسترولي المتوسع إلى تآكل في العظم ومن ثم ضعف في السمع نتيجة تخريب في عظيمات الأذن و دوار نتيجة تكون ناسورٍ بسبب تآكل في النفق الهلالي الوحشي والنافذة المدورة أو النافذة البيضاوية ومضاعفاتٍ في الدماغ نتيجة تآكل سقيف الطبل. شلل العصب السابع ربما يحدث نتيجة تآكل في نفق العصب الوجهي.

الورم الكوليسترولي ربما يكون خلقياً أو مكتسباً (أولياً أو ثانوياً).



٢- من الناحية المرضية

أ) نشط.

ب) متقطع.

ج) غير فعال (ثقب جاف).

د) متعافي (ثقب ملتئم).

ثقب طبلة رطب

ثقب في حافة الطبلة

ثقب ملتئم

ثقب مركزي جاف

الورم الكوليستروليّ

التهاب الأذن الوسطى الالتصاقي

المعالجة Treatment

١- تنظيف الأذن حتى تصبح جافة.

٢- مضاد حيوي على شكل قطرات عندما تكون الإفرازات مستمرة.

٣- مضاد حيوي عن طريق الفم ربما يساعد في الحالات التي يكون فيها المرض نشط في كل من الأطفال والبالغين.

٤- الجراحة مثل حج الخشاء (عملية جراحية تهدف إلى إزالة المرض من خلايا الخشاء) ورأب الطبلة (تصنيع غشاء الطبلة والعظيمات المتآكلة (رأب العظيمات) إذا استدعى الأمر).

إن الأولوية في التدخل الجراحي تهدف إلى جعل الأذن جافة وآمنة من المضاعفات عن طريق استئصال المرض ومنع حدوثه أما الخطوة الأخرى فتهدف إلى استعادة السمع.

المضاعفات Complications

تماماً نفس المضاعفات التي تحصل مع التهاب الأذن الوسطى الحاد ولكن نسبة حدوثها هنا أكثر خاصة عند وجود ورم كوليستيرولي.

ملاحظات مهمة

١- أن وجود إفرازات كريهة من الأذن يرجح وجود ورم كوليسترولي.

٢- الصمم الحسي العصبي وشلل عصب الوجه والدوار من المضاعفات الرئيسة لعمليات الخشاء.

٣- إذا كانت كل طبلة الأذن مثقوبة فإن مقدار الصمم يكون حوالي ٤٠ ديسبلاً أما إذا كان ضعف السمع أكثر فمعنى ذلك وجود تآكل بالعظيمات بالإضافة إلى ثقب الطبلة.

- **في حالة وجود ورم كوليسترولي فإن المعالجة تتم بالجراحة لمنع حدوث مضاعفات أما في حالة التهاب الأذن الوسطى المزمن القيحي الآمن فإن الجراحة اختيارية.**
- **الديسبل: هو وحدة قياس شدة السمع.**

أمراض الأذن الداخلية

Diseases of Inner Ear

- دوار الوضعة الانتيابي الحميد
- داء منيير
- التهاب التيه
- صمم الشيخوخة

دوار الوضعة الانتيابي الحميد Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)

يحدث هذا المرض وبشكل كبير عقب رضح للرأس أو التهاب الأذن. وهو عبارة عن دوار دوراني يتميز بأنه يحدث بسبب تغيير في الوضعة ويستمر من ١٠-٣٠ ثانية. ولا يصاحب بأي أعراض أخرى ذات علاقة بالأذن.

التشخيص Diagnosis

يشخص بواسطة طريقة (Dix-Hallpike). يجب أن يشرح للمريض طريقة الفحص قبل البدء فيه. ويعد فحصاً لوضعية الجسم هدفه إحداث الرأرأة الوضعية وينصح المريض أثناء الفحص بإبقاء عينيه مفتوحتين والنظر باستمرار إلى الأمام.



الفحص الموضعي

العلاج Treatment

١- تجنب الأوضاع التي تؤدي إلى حدوث الدوار.

٢- تأهيل جهاز الدهليز (طريقة إبلي) (Epley maneuver).

٣- المعالجة الدوائية (مثبطات جهاز التوازن).

داء منيير (Meniere's Disease)

يتكون من ثلاثة عناصر هي:

١- نوبات متكررة مفاجئة من الدوار تمتد من دقائق إلى ساعات وغالباً ما يصاحبها غثيان وتقيؤ.

٢- طنين.

٣- صمم عصبي حسي متموج يؤثر في الترددات المنخفضة.

المسببات Etiology

لا يزال المسبب لداء منيير غير معروف ولكن يحصل توسعٌ في حيز اللمف الباطن ويعتقد بأنه سبب حدوث الأعراض الرئيسة للمرض.

العلاج Treatment

إنه من المهم التذكر بأن هذا المرض سوف يستجيب إلى الدعم ومعالجة الأعراض بغض النظر عن ماهية المعالجة بحد ذاتها وتكون المعالجة عادة دوائية ونادراً ما تكون جراحية.

التهاب التيه (التهاب العصيون الدهليزي) Vestibular Neuronitis

عبارة عن التهاب يؤثر في العصبون الدهليزي ويعد ثالث أشهر مسببات الدوارن الطرفي شيوعاً بعد (دوار الوضعة الانتيابي الحميد وداء منيير) ويصاحبه غثيان وتقيؤ ويصيب كل الأعمار ولا يصاحبه ضعف في السمع. غالباً ما يكون هنالك رأرأة. وربما تستمر الأعراض إلى أسابيع حتى يتعافى المريض. يجب استبعاد وجود أسباب داخل القحف مثل النزف والجلطة وأم الدم.

العلاج Treatment

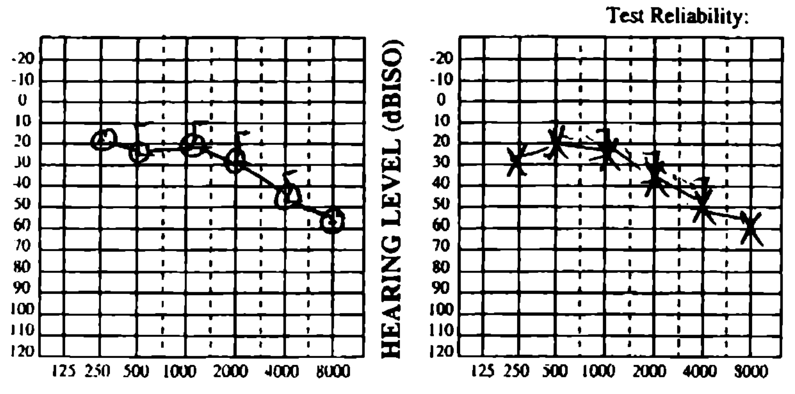
التركيز على معالجة الأعراض بواسطة (مضادات القيء ومثبطات الدهليز) وبغض النظر عن نوعية المعالجة فإن المعالجة إما دوائية وإما جراحية ومن النادر استخدام الجراحة.

دعـــاء
اللهم أنت ولي في الدنيا والآخرة توفني مسلماً وألحقني بالصالحين
يا رؤوف يا رحيم إرئف بي وبالمسلمين

صمم الشيخوخة Presbyacusis

هو عبارة عن صمم ناتج عن عوامل الشيخوخة ويؤثر بشكل رئيس في القوقعة ولكن قد يؤثر في مسلك السمع المركزي.

(ويتميز هذا الصمم بأنه ثنائي الجانب ومتناظر ويؤثر بشكل أكبر في الترددات العالية).



Audiogram of presbyacusis

صمم الشيخوخة

أمثلة للمنهج الإسلامي في بناء الصحة الإيجابية

قال صلى الله عليه وسلم:

- تخيروا لنطفكم، انكحوا الأكفاء.
- من سقاه الله لبنا فليقل اللهم بارك لنافيه وزدنا منه، فإني لا أعلم ما يجزي من الطعام والشراب غيره.
- استعينوا على قيام الليل بقيلولة النهار وعلى صيام النهار بأكل السحر.
- إذا أتيت مضجعك فتوضأ وضوءك للصلاة ثم اضطجع على شقك الأيمن.

صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم الذي لا ينطق عن الهوى فقد أثبت العلم الحديث حكمة أقواله وصحة كل ما جاء عنه عليه وعلى اله أفضل الصلاة والسلام.

الفصل الثالث

طب الأنف
RHINOLOGY

أنواع الراحة
مما يؤثر عن أحد أطباء العرب قوله:
* راحة الجسم في قلة الطعام .
* وراحة اللسان في قلة الكلام.
* وراحة القلب في قلة الاهتمام.
* وراحة النفس في قلة الاثام.

تشريح الأنف
Anatomy of the Nose

يمكن مناقشة التشريح الأنفي تحت عنوانين:

١- الأنف الخارجي.

٢- التجويف الأنفي.

الأنف الخارجي **The External Nose**

الهيكل الخارجي للأنف يتكون من مجموعة من العظام والغضاريف.

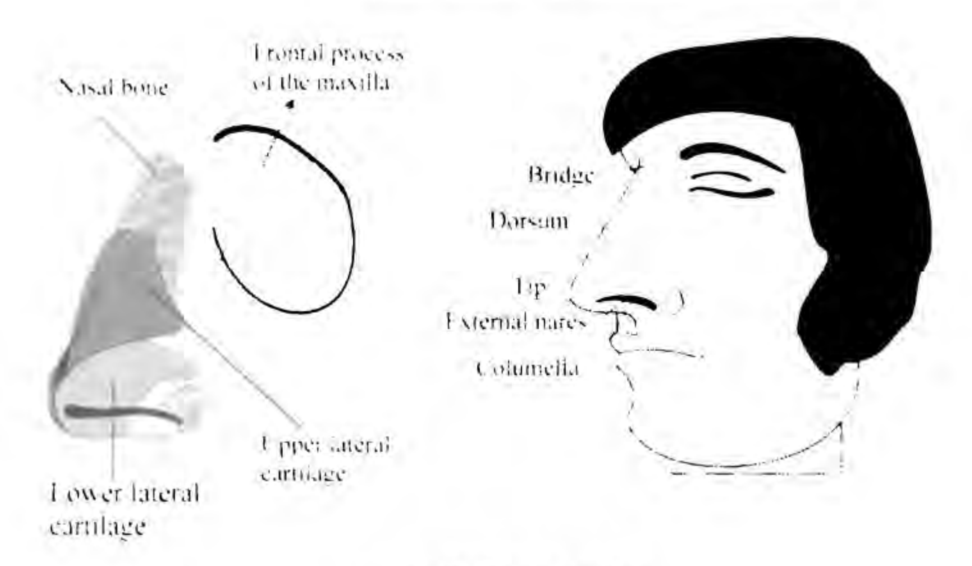
العظام **Bones**

- عظم الأنف.

- الناتئ الجبهي للفك العلوي.
- الجزء الأنفي من العظم الجبهي.

الغضاريف Cartilages

- الحاجز الأنفي.
- الغضروف العلوي والسفلي الخارجي.
- الغضاريف الأنفية الجناحية الإضافية الصغيرة.



الأجزاء المختلفة للأنف الخارجي

التجويف الأنفي The Nasal Cavity

يمتد التجويف الأنفي من المنخر الخارجي إلى المنعرين حيث يتصل بالبلعوم الأنفي. في جميع أنواع الثديات يوجد حاجز أنفي يقسم التجويف الأنفي إلى قسمين.

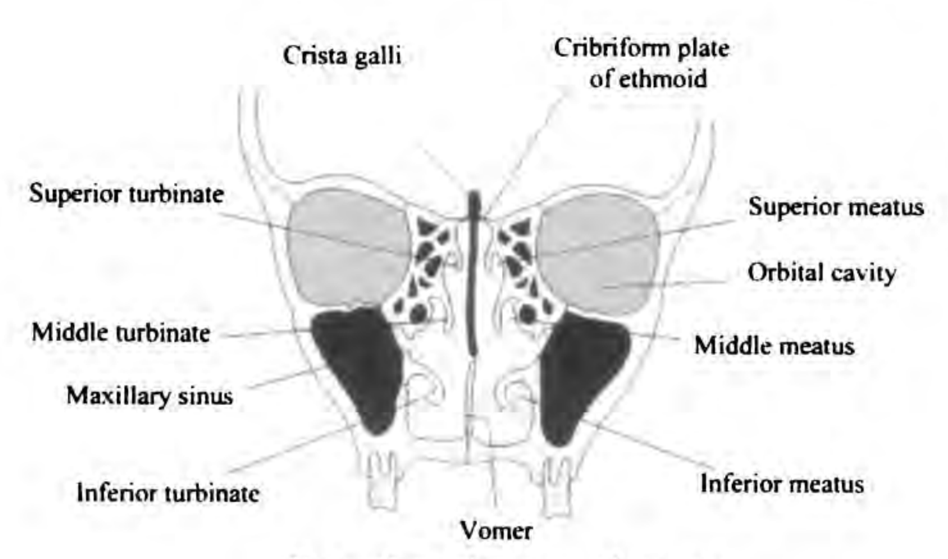
يعد الدهليز الأنفي ممراً واسعاً للمنخر الخارجي للتجويف الأنفي ويغطى بالجلد الذي يحتوي على شعر وفي هذا الجزء يحدث الدمل.

التجويف الأنفي: يعد أضيق في الأمام منه في الخلف. ويمتد من الحنك إلى الصفيحة المصفوية ويتسع في الأسفل أكثر منه في الأعلى حيث يوجد الفلح الشمي.

يحتوي أي من قسمي الأنف على قاع وسقف وجدار جانبي وجدار أنسي وهو الحاجز الأنفي.

القاع: وهو مقعر من الطرف إلى الطرف ومن الأمام إلى الخلف يكون مسطحاً وغالباً أفقياً. تتكون الثلاثة أرباع الأمامية من الناتئ الحنكي للفك العلوي والربع الخلفي يتكون من الناتي الأفقي لعظمة الحنك.

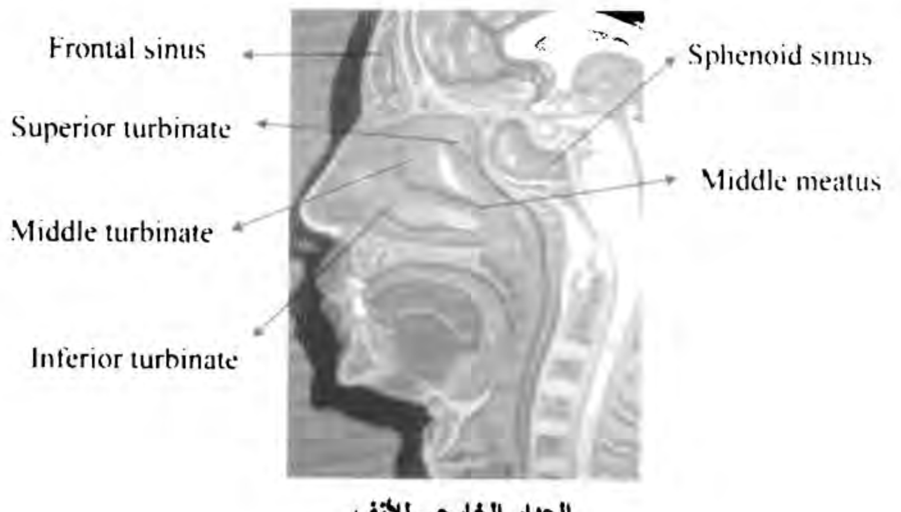
السقف: يغطى بظهارة شمية والتي تنتشر إلى الأسفل لمسافة قصيرة لتغطي الجزء العلوي الخارجي والجدار الإنسي من التجويف الأنفي.



التجويف الأنفي وبعض الأعضاء ذات العلاقة

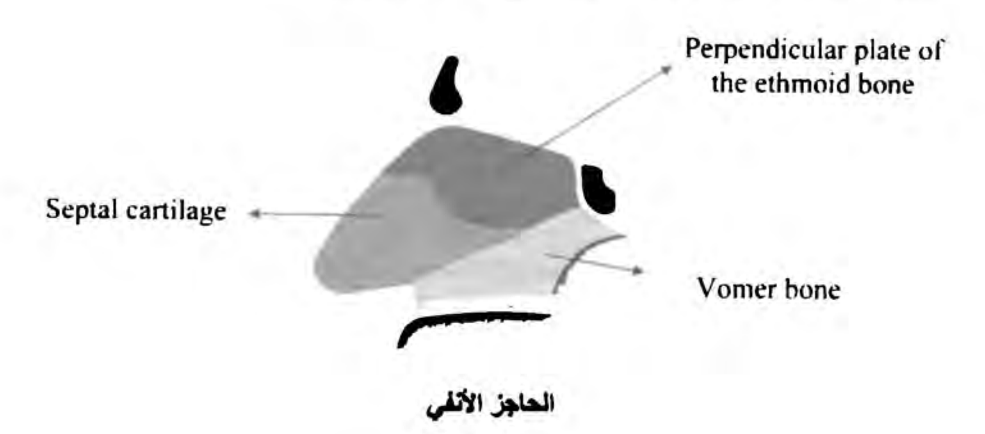
الجدار الخارجي: يتكون من مجموعة بروزات تسمى محارات وهي ثلاث (العلوية والوسطى والسفلي) ويوجد تحت كل محارة حيز يسمى الصماخ المحاري.

تُغطى المحارات بظهارة عمودية مهدبة والتي تحتوي على أنسجة ناعظة والتي تعد مهمة جداً في وظيفة الأنف.



الجدار الخارجي للأنف

الجدار الانسي (الحاجز الأنفي): يتكون من الغضروف المربع والصفيحة العمودية للغربال وعظمة الميكعة. ويندر أن تجد الحاجز الأنفي مستقيماً.



الحاجز الأنفي

التروية الدموية Blood supply

المنطقة فوق جذر القرين المتوسط تغذى بواسطة الشريان الغربالي الأمامي والخلفي (فروع انتهائية من الشريان السباتي الباطن). أما المنطقة تحت ذلك فتغذى بواسطة الشريان الوتدي الحنكي والشريان الحنكي الكبير والشريان الشفوي العلوي وهو فرع من الشريان الوجهي (فروع انتهائية من الشريان السباتي الظاهر).

أما بالنسبة للتصريف الوريدي للأنف الخارجي فيذهب إلى الجيب الكهفي عن طريق الوريد الوجهي والأوردة العينية ولهذا أي التهاب سطحي في الأنف ربما يؤدي إلى خثار في الجيب الكهفي.

الإمداد العصبي Nerve supply

الإمداد العصبي للأنف يأتي من عصب ثلاثي التوائم عن طريق الفرع الفكي. أما بالنسبة للغدد المفرزة فتغذى بواسطة الجهاز العصبي المستقل عن طريق عصب النفق الجناحي.

إن تنبيه العصب الودي يؤدي إلى تضييق في الأوعية الدموية أما بالنسبة لتنبيه العصب اللاودي فسوف يؤدي إلى توسع في الأوعية الدموية المغذية للأنف.

التصريف اللمفاوي Lymphatic drainage

الثلث الأمامي من الأنف يصرف إلى العقد اللمفية تحت الفك. أما بالنسبة للثلثين الخلفيين من الأنف والجيوب الأنفية فيتم تصريفها إلى العقد اللمفية خلف البلعوم والعقد اللمفية الرقبية العلوية العميقة.

> **الشيء المهم في العلم ليس فقط معرفة الحقائق الجديدة بل الأهم اكتشاف طرق جديدة للتفكير فيها.**
>
> **وليام براغ**

تشريح الجيوب الأنفية Anatomy of the Paranasal Sinus

يمكن تقسيم الجيوب الأنفية إلى:

١- المجموعة الأمامية وتشمل:

أ) الجيوب الجبهية.

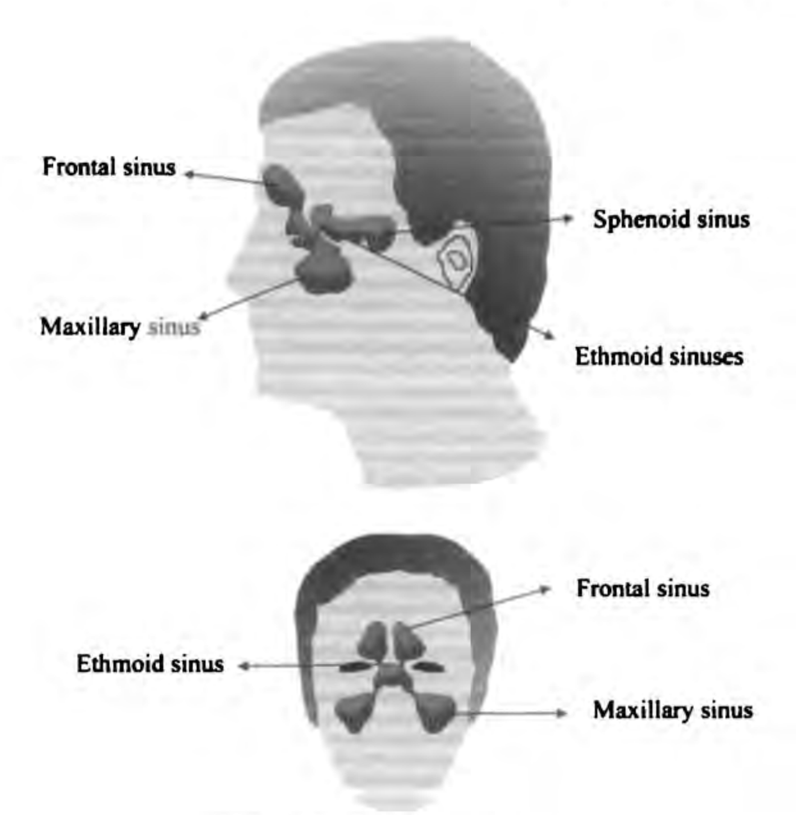
ب) الجيوب الغربالية الأمامية.

ج) الجيوب الفكية.

٢- مجموعة الجيوب الخلفية وتشمل:

أ) الجيوب الغربالية الخلفية.

ب) الجيوب الوتدية.



مجموعة الجيوب الأنفية الأمامية والخلفية

كل الجيوب الأنفية تفتح في التجويف الأنفي.

الجيب الأنفي	مكان فتحة الجيب الأنفي في الأنف
الجيب الوتدي	الجزء الخلفي من الردب الوتدي الغربالي أو القرينة العلوية.
الجيوب الغربالية الخلفية	الجزء الأمامي العلوي من الصماخ العلوي.
الجيب الجبهي	الصماخ الأوسط.
الجيب الفكي	
الجيوب الغربالية الأمامية	
القناة الأنفية الدمعية	الجزء الأمامي من الصماخ السفلي.

فسيولوجيا الأنف

Physiology of the Nose

إن دور الطبيب يكمن في التفريق بين ما هو طبيعي وما هو مرضي عند فحصه للأنف.

وظائف الأنف:

١- التنفس.

أ) تنظيم الحرارة والرطوبة.

ب) الترشيح.

ج) وظيفة الأهداب الأنفية.

د) المنعكسان الأنفية.

ج) تحوير الصوت.

٢- الشم.

فسيولوجيا الجيوب الأنفية Physiology of Paranasal Sinuses

وظائف الجيوب الأنفية: غير معروفة على وجه الدقة ولكن هناك بعض النظريات:

١- رنين الصوت.

٢- عزل الحرارة.

٣- التخفيف من وزن الجمجمة.

٤- تكييف الهواء.

٥- غير معروفة.

الأعراض Symptomatolgy

الانسداد الأنفي Nasal Obstruction

يعد من الأعراض الشائعة لأمراض الأنف والجيوب الأنفية. قد يكون أحادي أو ثنائي الجانب. ومن المهم أن تسأل المريض ما إذا كان الانسداد ثابتاً أو متناوباً لأن ذلك سوف يجنب المريض عمليات غير ضرورية للحاجز الأنفي والمحارات.

الانسداد الأنفي على نوعين:

١ - ميكانيكي:

أ) تضخم الأغشية والمحارات نتيجة الحساسية والالتهابات أو الاستخدام الطويل لمضادات الاحتقان الموضعية بأنواعها ويسمى هذا (التهاب الأنف الدوائي المنشأ).

ب) انحراف في الحاجز الأنفي.

ج) كتلة أنفية مثل سليلة أنفية أو أورام.

د) انسداد الأنف الخلفي الخلقي.

هـ) قشور من الأنف الضموري ويمكن أن يكون هذا الالتهاب أولياً أي غير معروف السبب أو حصل بعد تدخل جراحي في الأنف أو نتيجة التهاب مزمن مثل الدرن والزهري أو تصلب الأنف. ومعالجة هذه الحالة صعب وتكون المعالجة إما دوائية وإما جراحية (Young's Operation) عملية ينق.

٢ - وظيفي: ربما يشتكى المريض من انسداد أنفي شخصاني بالرغم من وجود مسلك كافي للهواء.

كيف يقيم الانسداد الأنفي؟

من التاريخ المرضي:

- هل هو أحادي أو ثنائي الجانب؟
- هل هو دائم أو متناوب؟
- هل هو حولي أو فصلي؟

- وجود عوامل مؤهبة مثل: التدخين والإفراط في استخدام مضادات الاحتقان الأنفي الموضعية.

الانسداد الأنفي الدائم يرجح وجود سبب ميكانيكي أو تشريحي بينما الانسداد المتناوب يرجح وجود مرض في الأغشية المخاطية. ولهذاانحراف الحاجز الأنفي الذي لا يسبب شكوى لا يحتاج إلى علاج.

بالفحص:

- يكشف الفحص انحراف الحاجز الأنفي (DNS) أو انخماص الصمام الانفي أثناء الشهيق بواسطة طريقة كوتل (شد الصمام الأنفي أو جلد الخد جانباً حتى ترى إذا كان هناك تحسنٌ للسدد).
- سليلات أو كتل أنفية.
- الفحص قبل وبعد استخدام مضد الاحتقان الأنفي.
- استخدام التنظير الداخلي لفحص السليلات الأنفية وناميات كبيرة أو تضخم في الجزء الخلفي من القرين.

الاستقصاء / الفحوصات

الأشعة:

- صورة بسيطة (منظر جانبي للأنسجة الرخوة للعنق في حال تضخم الغدانيات) أو فلم بسيط بالصبغة في حالة رتق قمع الأنف.
- الأشعة المقطعية للجيوب الأنفية





تقييم مجرى التنفس الأنفي

كيف تعالج الانسداد الأنفي؟

العلاج الدوائي:

- مضادات الاحتقان الأنفية الموضعية لفترة لا تزيد عن ٣-٥ أيام لتجنب (التهاب الأنف الدوائي المنشأ).
- مضادات الحساسية الموضعية أوالتي تعطى عن طريق الفم.
- بخاخ الكورتيزون الأنفي الموضعي.

العلاج الجراحي:

- رأب الحاجز الأنفي في حالة انحرافه.
- رأب رتق منعر الأنف.
- جراحات المحارة.
- استئصال السليلة.

استئصال الناميات (الناميات)

الإفرازات الأنفية (Runny nose (Nasal discharge

تعد من أكثر أعراض الأنف والجيوب الأنفية شيوعاً وغالباً ما تكون ثنائية الجانب وربما يصاحبها انسدادٌ أنفي.

إن خصائص الإفرازات من الأهمية بمكان فربما تساعد على التشخيص:

- مائي خفيف: في حالات نزلة البرد أو الحساسية ونادراً ما تكون بسبب السائل النخاعي.
- ثخين مخاطي: في حالة الالتهاب المزمن للأنف والجيوب الأنفية.
- مخاطي قيحي أو قيحي في حالة الالتهاب الجرثومي.
- نتنة الرائحة أحادية الجانب وخاصة في الأطفال دليل على وجود جسم غريب حتى يثبت عكس ذلك.
- ثخين ملون بالدم أحادي الجانب وخاصة في كبار السن دليل على احتمال وجود ورم في الأنف أو الجيوب الأنفية.
- دم صريح في حالة الرعاف.

أثبتت الأبحاث أن أنوف من لا يصلون تعيش بها مستعمرات من الجراثيم، وفي عدد قليل منهم وجد قدر ضئيل من الجراثيم ما لبثت أن اختفت بعد تعليمهم الاستنشاق الصحيح.

وقد وجد الباحثون أن نسبة التخلص من الجراثيم الموجودة بالأنف تزداد بعدد مرات الاستنشاق وأنه بعد المرة الثالثة يصبح الأنف خالياً منها تماماً.

الإفرازات الأنفية الخلفية Post nasal drip (Discharge)

إن التنخم المتكرر هو أكثر عادة مؤهبة لهذا العرض، كما نعرف فإنه من الطبيعي للمخاط بأن يتحرك بواسطة نشاط الخلايا المهدبة باتجاه البلعوم الأنفي حيث يتم بلعه ولكن لا نشعر بهذا. ويبدو البلعوم الأنفي طبيعياً وفحوصات الأنف والجيوب الأنفية سلبية.ربما تلعب الحساسية دوراً وذلك بزيادة الإفرازات الأنفية.

إن وجود إفرازات مخاطية قيحية أو قيحية في البلعوم الأنفي مهمة حيث تدل على وجود التهاب في المجموعة الخلفية من الجيوب الأنفية.

العطاس Sneezing

يعد العطاس منعكساً لطرد الأجسام الغريبة أو مستنشقاً مهيجاً من الأنف. والعطاس غالباً ما تسببه الحساسية والتعرض للغبار أوالتهابات الأنف.

قال طبيب البشرية صلى الله عليه وسلم

(لا تنتفوا الشعر الذي يكون في الأنف فإنه يورث الأكلة، ولكن قصوه قصاً) رواه أبو داوود والنسائي وأحمد.

وما جاء في الحديث النبوي الشريف أثبته العلم الحديث، فنحن أطباء الأنف والأذن والحنجرة نوصي بعدم نتف شعر الأنف لأنه ضار فقد يؤدي لتكوين دمامل مؤلمة بمقدمة الأنف (والدمل يتكون بسبب التهاب في الحوصلة منبت الشعر) وأحياناً تكون هذه الدمامل خطيرة لأن الالتهاب قد ينتشر من الأنف للمخ.

الرعاف (Nose Bleeding (Epistaxis

يعد الرعاف أكثر أنواع النزيف الذي ينادى له الطبيب العام لعلاجه.

يحدث تقريبا ٩٥٪ من النزيف الأنفي من الجزء الأمامي من التجويف الأنفي وحوالي ٩٠٪ من منطقة لتل (طفيره كيسلباخ) والتي تقع تماماً خلف عميد الأنف فوق الحاجز الأنفي. وتمد هذه المنطقة بالأوعية الدموية التالية:

أ) الشريان الغربالي الأمامي.

ب) الشريان الوتدي الحنكي.

ج) الشريان الحنكي الكبير.

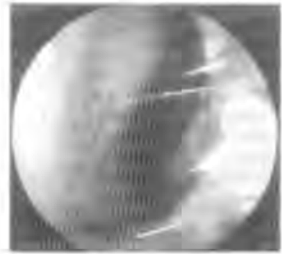
د) الشريان الشفوي العلوي.

يعد الرعاف الأمامي أكثر حدوثاً عند الأطفال واليافعين. وينشأ من منطقة لتل ويكون عادة تلقائياً ولكن ربما يزيد من حدوثه وجود التهاب أو إصابة بسيطة. من السهل إيقاف الرعاف ولكن قد يعود مرة أخرى.

أما بالنسبة للرعاف الخلفي فهو أقل حدوثاً ويحصل بشكل رئيس عند كبار السن والمصابين بتصلب عصيدي ويكون أكثر شدة وصعب التحكم فيه وربما يعود مرة أخرى.

قد يكون الرعاف خطيراً ومهدداً للحياة لذا يجب عدم التهاون به.







رعاف من منطقة لتلز

ما هي أسباب الرعاف؟

الأسباب الموضعية:

- مجهولة السبب.
- إصابة (كسر في عظمة الأنف، تخليل الأنف، جراحة الأنف، أو جسم غريب).
- التهاب.
- أورام (ورم ليفي وعائي وسليلة نازفة وسرطان ولمفوما).
- خلقي (توسع الشعيرات النزفي الوراثي).

الأسباب العامة: أمراض

- دواء (الأسبرين ومضادات التخثر).
- أمراض القلب الوعائية مثل ارتفاع ضغط الدم.
- اضطراب الدم (الناعور وابيضاض الدم).
- عوز الفيتامينات مثل (فيتامين ج وفيتامين ك).

كيف تعالج الرعاف؟

نحن نستطيع معالجة ذلك بالإجابة على الأسئلة الثلاثة التالية:

١- كيف هي صحة المريض العامة؟، إذا كان الرعاف شديداً ربما يقضي على المريض، لذا يكون إنعاش الدورة الدموية ضرورياً قبل البدء بإيقاف النزيف. ابدأ بإعطاء سوائل داخل الوريد في الحال إذا كان المريض قد أصبح في صدمة وأرسل عينة دم لاختبار التوافق.

٢- هل النزيف نشط؟، حاول أن تغطي ملابسك أولاً وابدأ بالإجراءات الأولية التالية:

أ) لتجنب بلع الدم ضع المريض في وضع الجلوس مع الانحناء إلى الأمام قليلاً.

ب) اضغط على الأنف لمدة ٥-١٠ دقائق هذا سوف يوقف الدم في معظم الحالات وخاصة الأطفال.

ج) ضع كمادة من الثلج على الأنف من الخارج.




الإسعافات الأولية عند حدوث الرعاف

إذا لم تنجح هذه الطرق في إيقاف النزف فنستطيع القيام بالخطوات التالية:

أ) إذا استطعنا رؤية مصدر النزيف فيمكننا كيه بمادة نترات الفضة أو الكي الكهربائي.

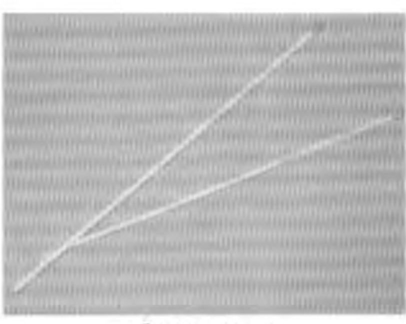
ب) إذا كان النزيف شديداً ولم يكن بالإمكان رؤية مصدر النزيف فيجب حشو الأنف.

ج) إذا لم نستطع إيقاف النزيف فعلينا إخراج الحشوة الأمامية ووضع حشوة أنفية خلفية وبعد ذلك وضع حشوة أمامية مرة أخرى. ويحتاج المريض إلى تنويم بالمستشفى ومراقبته بعناية لحالة نقص التهوية ونقص إشباع الدم بالأوكسجين والتي ربما تحصل بسهولة بعد وضع الحشوات الأنفية.

يجب ترك الحشوة في موضعها لمدة ٢-٣ أيام ثم بعد ذلك يتم إخراجها.



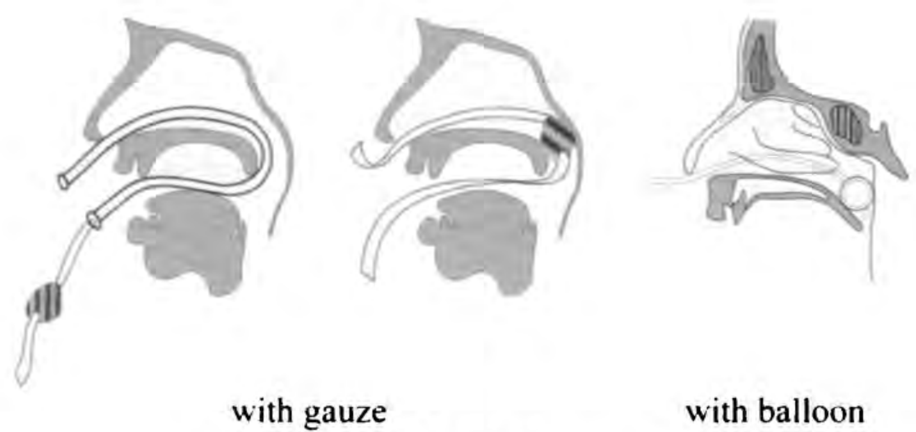
كي الأنف الكهربائي



كبريتات الفضة



حشو الأنف الأمامي



حشو الأنف الخلفي

قال الإمام الشافعي رحمه الله

نعيب زماننا والعيب فينا ... وما لزماننا عيب سوانا

ونهجو ذا الزمان بغير ذنب ... ولو نطق الزمان لنا هجانا

وليس الذئب يأكل لحم ذئب ... ويأكل بعضنا بعضا عيانا

٣- هل يوجد سبب واضح للرعاف؟، عليك القيام بالخطوات الصحيحة لمعالجة الأسباب والتي ربما تكون مباشرة أو غير مباشرة والتي تشمل الأسباب التالية:

- إصابة مباشرة لعظم الوجه.
- التهاب الجهاز التنفسي العلوي.
- ارتفاع ضغط الدم.
- المعالجة الدقيقة لاعتلال تجلط الدم.
- إيقاف الأدوية المؤدية للنزيف مثل الأسبرين.
- الفشل الكبدي يؤدي إلى اعتلال في تخثر الدم.
- خلل في وظائف الصفائح الدموية بسبب الفشل الكلوي.

اعتلال حاسة الشم Smell disturbance

تعد حاسة الشم من أهم وظائف الأنف، ومشاكل حاسة الشم تكون على ثلاثة أشكال:

فقد حاسة الشم (Anosmia): انعدام حاسة الشم بالكامل وهو نادر.

نقص الشم (Hyposmia): نقص في حاسة الشم وهو أكثر الأنواع شيوعاً.

شم رائحة كريهة (Cacosmia): غالباً ما يدركها الآخرون وليس المريض نفسه والتي ربما يسببها إنتان في الأنف أو الجيوب الأنفية مزمن ولكن يجب التأكد من عدم وجود جسم غريب أو أورام في الأنف.

من اكتشافات علماء الطب المسلمين

كان ابن سينا أول من وضع تشخيصاً دقيقاً عن التهاب الأضلاع والتهاب الرئة وخراج الكبد، وفرق بين بين الالتهاب الرئوي والبلوري وبين التهاب السحايا الحاد والثانوي وبين عوارض المقص المعوي والمغص الكلوي، وتعرض لشلل الوجه وأسبابه وفرق بين الشلل الناتج عن سبب مركزي في الدماغ والناتج عن سبب محلي.

اعتلال حاسة الشم

ملاحظات مهمة

١- يجب على الطبيب العام الإلمام باستخدام المنظار الأنفي والمصباح الرأسي من أجل عمل فحص دقيق للأنف.

٢- يعتبر الورم الليفي النازف عند اليفعان ورماً حميداً نادر الحدوث ولكنه غاز موضعي ويصيب حصرياً الذكور بين العاشرة والعشرين سنة ويجب التأكد من عدم وجوده عند أي يافع ذكر يعاني من رعاف ويجب تذكر هذا التشخيص عند معاينة أي يافع ذكر مصاب برعاف متكرر.

٣- يعد وجود سليلة أنفية أحادية الجانب ورماً حتى يثبت عكس ذلك.

٤- يجب فحص البلعوم الأنفي لأي مريض بالغ يعاني من التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي أحادي الجانب وكذلك إذا كان يعاني من رعاف وسدد أنفي خاصة عند عدم وجود سبب واضح وخاصة عند المدخنين لاحتمال إصابتهم بسرطان البلعوم الأنفي.

٥- في حالة الرعاف عليك تجنب كي الحاجز الأنفي من جهتين في نفس المكان لأن ذلك قد يؤدي إلى ثقب في الحاجز الأنفي.

٦- إن عملية ينغ (Young's operation) هي عملية تعمل لمعالجة التهاب الأنف الضموري وهي تشمل سداً للمنخرين بواسطة شريحة دائرية من الدهليز الأنفي. ويبقى هذا السد لمدة تتراوح من سنة إلى سنتين عسى ذلك يسمح بالشفاء للأغشية المخاطية للأنف ومن ثم يعاد فتح الأنف.

قواعد الشفاء الذهبية

- درهم وقاية خير من قنطار علاج
- تعالج بالغذاء ثم الدواء
- أقلع عن العادات الخاطئة
- خذ بنصائح طبيبك

أمراض الأنف والجيوب الأنفية

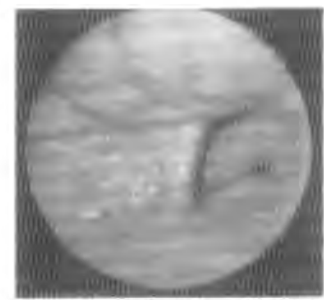
Disease of the Nose & Paranasal Sinuses

الاعتلال الخلقي Congenital Disorders

رتق قمع الأنف Choanal atresia

انسداد في القمع الأنفي الخلفي أحادي أو ثنائي الجانب سواء عظمي (أكثر من ٨٠ ٪) أو غشائي المنشأ (أقل من ٢٠ ٪). ويعد شذوذاً خلقياً نادراً وينتج عن فشل حصول نفق أوقناة في الغشاء الشدقي الأنفي. ويصيب الإناث بنسبة ٢:١ بالنسبة للذكور وفي ٨٠ ٪ يكون أحادياً و٢٠٪ يكون ثنائي الجانب.

ويعد الانسداد ثنائي الجانب من الحالات الطارئة لأنها تظهر بعد الولادة مباشرة حيث يصاحبها ضيق شديد في التنفس لذا يجب وضع أنبوب فموي مباشرة وتثبيته وتحويل المريض إلى أخصائي أمراض الأنف والأذن والحنجرة للتدخل الجراحي أما في حالة الانسداد أحادي الجانب فلا تعد حالة طارئة ويمكن تأخير التدخل الجراحي.

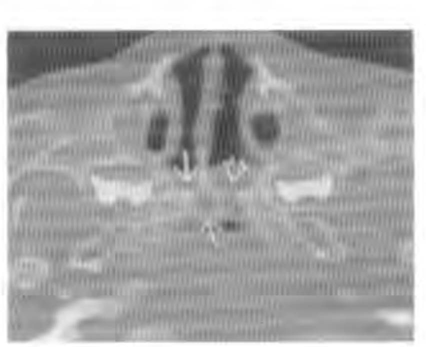


منظار أنفي يظهر فيه انسداد رتق قمع الأنف الغشائي أحادي الجانب



حفر رتق قمع الأنف العظمي





التهاب الدهليز الأنفي و الدمل Vestibulitis & Furunculosis

التهاب الدهليز الأنفي Vestibulitis

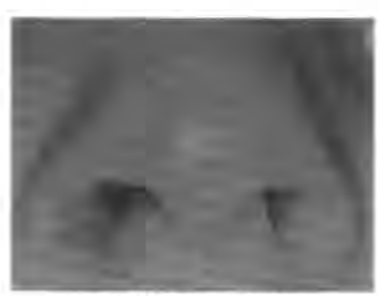
وهو التهاب في جلد الدهليز الأنفي وربما يصاحب التهاب الأنف والجيوب الأنفية ويعالج بواسطة المضادات الحيوية الموضعية وربما يحتاج إلى مضاد عن طريق الفم.

الدمل Furunculosis

التهاب بصيلات الشعر الموجودة في الدهليز الأنفي تسببه البكتيريا العنقودية والعقدية وغالباً ما يصاحب إزالة الشعر. وعادة ما يعالج بواسطة المضادات الحيوية الموضعية والعامة المقاومة لإنزيم البنسلينيز ولكن وجود خراج قد يحتاج إلى فتح بعد أن يُعطى المريض المضادات الحيوية لمدة ٢٤ ساعة. إن خطورة هذه الالتهاب تكمن في وجود أوردة تصل التصريف الوريدي الأنفي بالجيب الكهفي لا تحتوي على صماما ت والتي ربما تؤدي إلى حدوث خثار في الجيب الكهفي. إذا تكرر هذا الالتهاب فيجب التأكد من عدم إصابة المريض بالسكري.



دمل أنفية



التهاب دهليز الأنف

قال الغزالي
ليس المشكل النصيحة وإنما المشكل قبولها

التهاب الأنف والجيوب الأنفية Rhinitis or Rhino- sinusitis

التهاب يؤثر في الأنف فقط أو يشمل الأغشية المخاطية للجيوب الأنفية وبما أنه لا يوجد فاصل بين أغشية الأنف والجيوب الأنفية ففي الغالب أي التهاب يشملهما

معاً يمكن تسميته التهاب الأنف والجيوب الأنفية لأنه أشمل وأدق من قولنا التهاب الأنف أو الجيوب الأنفية فقط.

ومن أجل التبسيط للطلبة يمكن تقسيمها إلى:

بعدوى

- حاد (فيروسي أوبكتيري أو فطري).
- مزمن (بكتيري أو فطري).

بغير عدوى

- تحسسي (فصلي أوحولي أومهني).
- لا تحسسي (التهاب الأنف الدوائي المنشأ).

مجهول السبب

ويعد الالتهاب الحاد الفيروسي للأنف والجيوب الأنفية والتهاب الأنف والجيوب الأنفية التحسسي من أكثر الأنواع شيوعاً.

قال الشاعر

توكل على الرحمن في الأمر كله ... ولا ترغبن في العجز يوماً عن الطلب
ألم تر أن الله قال لمريم ... وهزي إليك الجذع يساقط الرطب
ولو شاء أن تجنيه من غير هزة ... جنته ولكن كل رزق له سبب

• • • • • • • • • • • • • • • • • •

شكوت إلى وكيع سوء حفظي ... فأرشدني إلى ترك المعاصي
وأخبرني بأن العلم نور ... ونور الله لا يُهدى لعاصي

التهاب الأنف والجيوب الأنفية الفيروسي الحاد (الزكام)

Acute Viral Rhinitis or Rhino-sinusitis (Common cold or coryza)

- عبارة عن التهاب فيروسي حاد غيرمحدد تسببه الفيروسات الأنفية والتي تفوق ٢٥٠ نوعاً.
- العدوى تنتقل بواسطة القطيرات.
- فترة الحضانة من يوم إلى ثلاثة أيام.

- مرض محدود ذاتياً حيث يحصل الشفاء التلقائي من ٣- ٧ أيام.

الأعراض:

- انسداد في الأنف.
- ثر أنفي صافي.
- عطاس.
- ألم في الوجه.
- جسم منهك.

العلامات:

- احتقان في الأغشية المخاطية.
- إفرازات أنفية.
- حمى.

وعند حصول التهاب بكتيري ثانوي بسبب البكتيريا (المستديمة النزلية والعقدية والعنقودية) تصبح الإفرازات الأنفية ثقيلة وقيحية.





الزكام

العلاج

وقائي:

- تجنب أماكن الازدحام.
- تجنب التعرض للبرد.

- تجنب التغيرات الجوية.
- التطعيم (غير ذي جدوى بسبب كثرة الفيروسات).
- تجنب المصافحة.
- تجنب التقبيل.

معالجة الأعراض

- الراحة وشرب السوائل.
- مسكنات وخافض للحرارة.
- غسول قلوي للأنف.
- مضادات الاحتقان الموضعية أوعن طريق الفم.
- مضادات الهستامين.
- فيتامين ج واستنشاق البخار.

لا ينصح باستخدام المضادات الحيوية في حالة الزكام ما لم يحصل التهاب بكتيري ثانوي ولكن لسوء الحظ فإن هناك مرضى يسألون الطبيب عن المضادات الحيوية ظناً منهم بأنها سبب لشفائهم بالرغم من أن الشفاء التلقائي حاصل. إن الإفراط في استخدام المضادات الحيوية في معظم الالتهابات الفيروسية هو السبب الرئيس وراء حصول مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية.

خبر عاجل عن المضادات الحيوية

أوصت الحكومة البريطانية الأطباء بالتوقف عن وصف المضادات الحيوية لعلاج السعال البسيط ونوبات البرد والتهابات الحلق بسبب حالة الطوارئ لمواجهة البكتيريا الفائقة التي اكتسبت مقاومة حتى ضد أكثر العقاقير قوة.

تم نشر هذه التوصيات بعد اجتماع في مقر الرئيس الطب في الاتحاد الأوروبي في كوبنهاجن لوضع إستراتيجيات للسيطرة على انتشار البكتيريا المقاومة للعقاقير التي أصبحت تمثل تهديداً عالميا للصحة العامة.

وقالت الدكتورة ديانا ولفورد مديرة خدمات مختبر الصحة العامة: توصلنا إلى كثير من الأدلة التي تشير إلى أن تطور المقاومة مرتبط بانتشار سوء استخدام المضادات الحيوية وكلما بالغنا في استخدامها فقدنا فعاليتها أكثر.

وتجدر الإشارة إلى أن ثلاثة أرباع حالات التهابات الجهاز التنفسي تنجم عن الفيروسات.

التهاب الأنف والجيوب الأنفية التحسسي

Allergic rhinitis or rhino-sinusitis

بين ١٠-٢٠ ٪ من السكان يعانون إلى حد ما من تحسس الأنف. وهي تفاعل ضد-مستضد نمط أول لتفاعلات فرط التحسس.

التهاب الأنف التحسسي يقسم إلى فصلي إذا كان المستأرج يظهر في بعض الفصول مثل الطلع والعفن وحولي إذا كان المستأرج متواجداً على مدار العام كالعثة وغبار المنزل وقشرة الحيوان

الأعراض:

انسداد أنفي ونقص في حاسة الشم نتيجة تورم الأغشية المخاطية، ثر أنفي وإفراز من مؤخرة الأنف نتيجة زيادة في نشاط الغدد وحصول عطاس وحكة نتيجة تهيج في الأغشية المخاطية، صداع وآلام في الوجه إذا كانت الجيوب الأنفية متأثرة.

العلامات:

- غشاء مخاطي باهت متورم.
- ثر أنفي صافي.



Edematous pale turbinate



Clear watery rhinorrhea

التهاب الأنف التحسسي

التشخيص:

يعتمد في العادة على التاريخ المرضي النموذجي والفحص السريري دون الحاجة إلى فحوصات معينة ولكن فحوصات الحساسية يمكن أن تعمل إذا فشلت المعالجة

الدوائية وهذه الفحوصات تشمل اختبار الجلد واختبار الدم (اختبار الممتز الإرجي الشعاعي ومقايسة الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم).

العلاج:

وقائي: تجنب المستضدات

معالجة عرضية:

- مضادات الهستامين عن طريق الفم.
- بخاخ الكرتزون الأنفي الموضعي.
- بخاخ مضاد الهستامين الأنفي.

العلاج المناعي طريقة علاجية للمرضى الذين لم يستجيبوا لكل من تجنب العوامل البيئية والمعالجة الدوائية.

التهاب الأنف والجيوب الأنفية البكتيري الحاد

Acute bacterial rhino-sinusitis

التهاب الجيوب الأنفية البكتيري الذي يستمر أقل من أربع أسابيع.

العوامل المؤهبة:

- التهابات الجهاز التنفسي العلوية المتكررة.
- التحسس.
- جسم غريب أو رضح (إصابة).
- إجراءات سنية.
- رضح ضغطي.
- علاجي المنشأ (أنبوب أنفي معدي وحشوة أنفية والتهوية الآلية).

العضويات المسببة:

العقدية الرئوية والمستديمة النزلية تعد أكثر الجراثيم المسببة لهذا المرض أما بالنسبة للموراكسيلا النزلية فتسبب حوالي ٢٠٪ من حالات التهاب الجيوب الأنفية الجرثومي الحاد عند الأطفال أما إذا كانت من منشأ سني فيمكن مشاهدة جراثيم لاهوائية.

الجراح الأندلسي الكبير أبو القاسم الزهراوي أدخل تجديدات كثيرة ليس على علم الجراحة فقط بل أيضاً في مداواة الجروح وفي تفتيت الحصاة داخل المثانة وفي التشريح وإجراء العمليات.

الأعراض:

- انسداد الأنف.
- إفرازات من الأنف.
- ألم بالوجه ويتركز مكان الألم على حسب الجيب الأنفي المصاب.

جيب الفك العلوي: ألم في الأسنان أو تحت الحجاج.

الجيب الغربالي: الجانب الإنسي من الأنف أو خلف العين.

الجيب الجبهي: صداع جبهي.

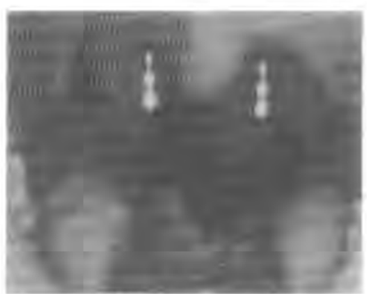
الجيب الوتدي: ألم قذالي.

العلامات:

- احتقان في الأغشية المخاطية الأنفية.
- تورم في الأغشية المخاطية.
- ألم فوق الجيب المصاب.
- إفرازات أنفية مخاطية قيحية.
- إفرازات من مؤخرة الأنف.



إفراز مخاطي - قيحي من القناة الأنفية المتوسطة



إفراز من مؤخرة الأنف

قال الإمام الشافعي رحمه الله

دع الأيام تفعل ما تشاء	وطب نفساً إذا حكم القضاء
ولا تجزع لحادثة الليالي	فما لحوادث الدنيا بقاء
وكن رجلاً على الأهوال جلداً	وشيمتك السماحة والوفاء

التشخيص:

يعتمد وبشكل كبير على التاريخ المرضي والفحص السريري ولكن هنالك بعض الفحوصات يمكن أن تساعد في التشخيص خاصة في التهاب الجيوب الحاد وهي تشمل (المناظير الأنفية والأشعة تساعد في تأكيد التشخيص في الحالات الحادة وخاصة المرضى ذوي الأعراض المحدودة أما بالنسبة للماسح المقطعي بالحاسوب فنحتاج إليه في حال الشك بحدوث مضاعفات).



أشعة مقطعية للجيوب الأنفية



التهاب حاد في الجيب الفكي ويظهر خط مائي في فلم الأشعة البسيط



فلم أشعة بسيط للجيوب الأنفية

المعالجة:

الراحة واستخدام مسكن للآلام، قطرة أنف مضادة للاحتقان لفتح فوهة الجيوب، المضادات الحيوية ويعد الأموكسيسلن (Amoxycillin) اختياراً جيداً، قد يكون التدخل الجراحي ضرورياً أحياناً خاصة إذا لم يحدث تحسن بالمعالجة الدوائية بعد ٢٤-٤٨ ساعة. قد يكون التدخل الجراحي عبارة عن جراحة جيوب تنظيرية أو غسيل جيوب وذلك لتصريف القيح من الجيبين الفكيين.



غسيل الجيب الأنفي الفكي

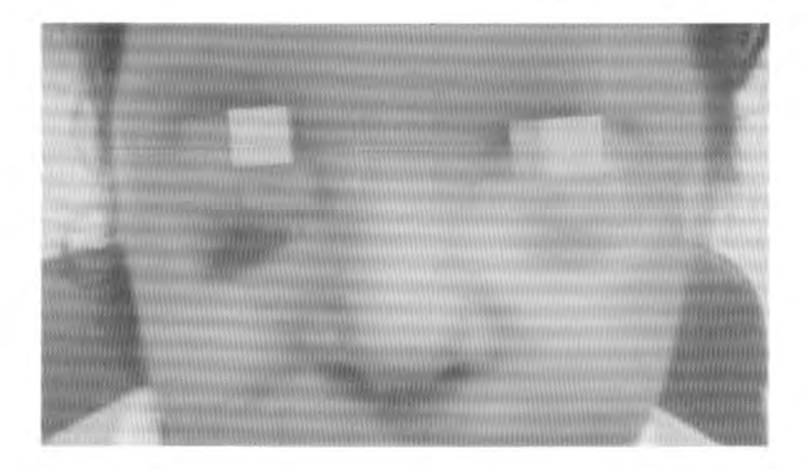
قال الإمام الشافعي رحمه الله

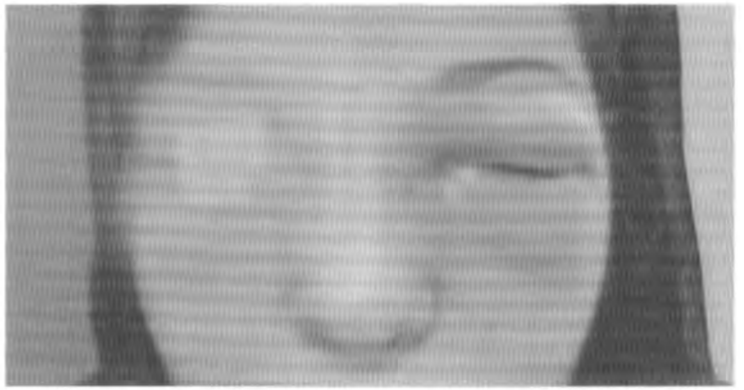
سافر تجد عوضاً عمن تفارقه	وانصب فإن لذيذ العيش في النصب
إني رأيت وقوف الماء يفسده	إن ساح طاب وإن لم يجر لم يطب
والأسد لولا فراق الأرض ما أفترست	والسهم لولا فراق القوس لم يصب
والشمس لو وقفت في الفلك دائمة	لملها الناس من عجم ومن عرب

مضاعفات التهاب الجيوب الأنفية Complications of sinusitis

تعد التهابات الجيوب الأنفية المزمنة من أكثر مضاعفات التهابات الجيوب الأنفية الحادة شيوعاً، وتشمل مضاعفات الجيوب الأنفية الحادة:

- التهاب الهلل وخراج الحجاجي.
- التهاب السحايا.
- خراج دماغي.
- التهاب العظم والنقي.
- خثار الجيب الكهفي.





التهاب الهلل الحجاجي كمثال على مضاعفات لالتهاب الجيوب الأنفية

التهاب الجيوب الأنفية المزمن **Chronic sinusitis**

أكثر الكائنات الحية المسببة لهذا الالتهاب هي نفسها المسببة للحالات الحادة بالإضافة إلى البكتيريا العنقودية الذهبية والعنقودية وسالبة كواقيليز اللاهوائية.

تستمر الأعراض والعلامات لأكثر من ١٢ أسبوعاً وهذا غالباً ما يحدث إذا كان هنالك شذوذ تشريحي مثل انحراف الحاجز الأنفي ومعالجة غير كافية للالتهاب الحاد وسليلات أنفية وتحسس أو ضعف في المناعة.

الأعراض:

- سدد في الأنف.
- ضعف أو انعدام لحاسة الشم.
- إفرازات من الأنف أو مؤخرة الأنف.
- ألم بالوجه.
- الإحساس برائحة كريهة دون وجود منبه حقيقي.

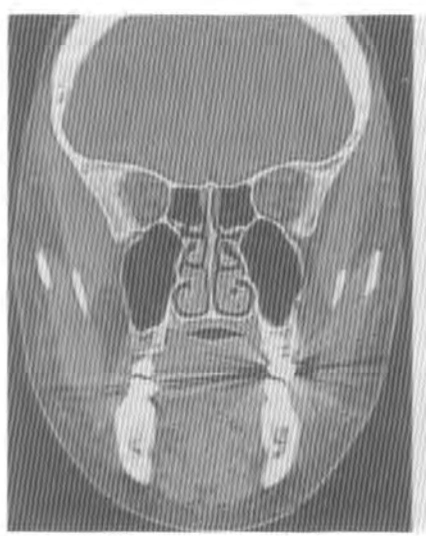
العلامات:

- احتقان في الأغشية المخاطية الأنفية وتكون باهته أو رطبة.
- إفرازات مخاطية قيحية.
- انحراف في الحاجز الأنفي.
- ربما يكون هناك سليلات أنفية.

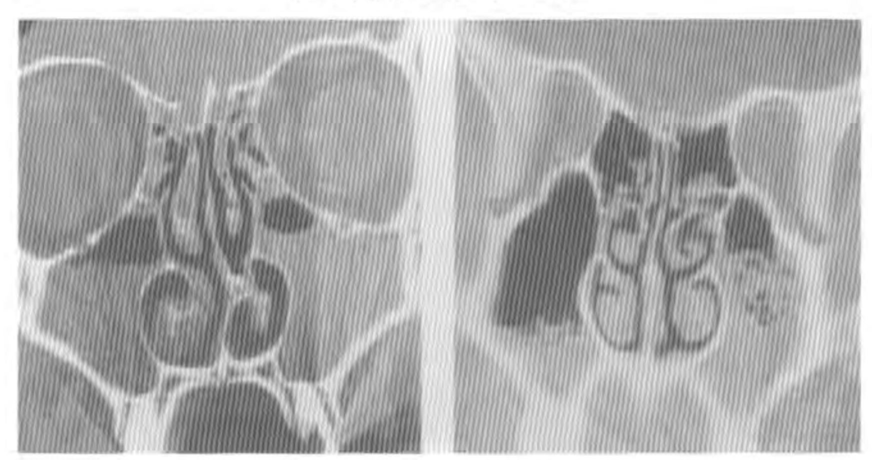
أكثر التطورات حداثة في تشخيص ومعالجة التهاب الجيوب الأنفية هي المناظير الأنفية والتفرس المقطعي المحسوب، حيث يعد التفرس المقطعي المحسوب طريقة شعاعية ذات قيمة في أمراض الجيوب المزمنة. لأنه يوضح المعالم العظمية وتغيرات الغشاء المخاطي داخل وخارج الجيوب. لذا ينصح به بعد إعطاء المريض علاج دوائي جيد لمدة أربعة أسابيع.

قالوا في الأمثال

- **إللي بيسيب داره بيقل مقداره**
- **إللي في قلبه على لسانه**
- **إللي بياكل على ضرسه بينفع نفسه**
- **إللي بيحفر لأخيه المسلم حفرة بيوقع نفسه**

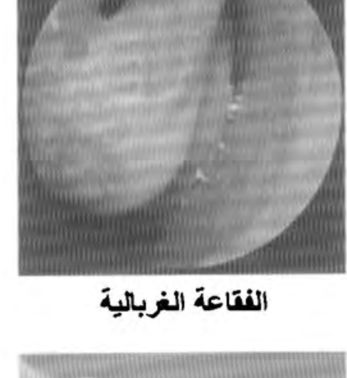



أشعة مقطعية طبيعية للجيوب الأنفية

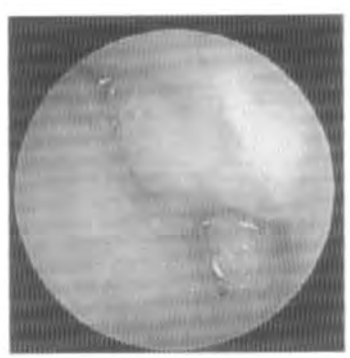


أشعة مقطعية مرضية للجيوب الأنفية

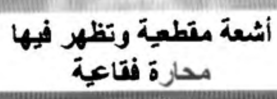
أين يوجد المرض؟



الفقاعة الغربالية



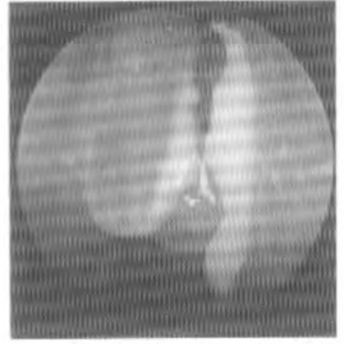
أغشية مرضية



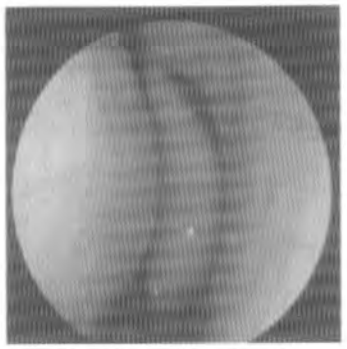
أشعة مقطعية وتظهر فيها محارة فقاعية



محارة فقاعية



إفرازات مخاطية - قيحية من القناة الأنفية الوسطى



قرنية وسطى تناقضية

العلاج

العلاج الدوائي:

- مضاد حيوي واسع الطيف (أربعة أسابيع).
- قطرة مضادة للاحتقان (ليس أكثر من سبعة أيام).
- إرواء أنفي بواسطة محلول ملحي طبيعي.
- مضادات الهستامين عن طريق الفم.
- بخاخ الكرتزون الأنفي.
- كرتزون عن طريق الفم.

علاج جراحي:

- جراحة الجيوب الأنفية الوظيفية بواسطة المناظير (FESS) وذلك بإزالة المنطقة المريضة فقط وتفريج الانسداد ومن ثم استعادة فوهة التصريف الفسيولوجية للجيوب الأنفية وتهويتها ووظيفتها الطبيعية.
- جراحة الجيوب الأنفية المفتوحة وهي نادراً ما تستخدم هذه الأيام.

إن المناظير الأنفية والتفرس المقطعي المحسوب تساعدنا في التشخيص مبكراً وتحديد المرض بدقة ومن ثم تحديد الجراحة لأقل ما يمكن.

نقاط مهمة

- إن كلاً من جيب الفك العلوي والجيب الغربالي متواجدة عند الولادة ولكن الجيب الوتدي والجبهي يبدأ بالظهور عند السنة الخامسة والسابعة على التوالي.

هناك ثلاثة عوامل مهمة تحدث في الفسيولوجيا المرضية لأمراض الجيوب:

- سالكية فوهات الجيوب.
- وظيفة الأهداب.
- نوعية الإفرازات الأنفية.

- نستطيع التمييز بين الالتهاب الفيروسي والبكتيري للجيوب الأنفية عن طريق الوقت فعادة ما يأخذ الالتهاب الفيروسي من ٧-١٠ أيام حتى تختفي الأعراض أما إذا استمرت الأعراض أكثر من ذلك أو ازدادت سوءاً بعد خمسة أيام فهذا يرجح وجود التهاب بكتيري.
- معظم التهابات الجيوب الأنفية يمكن أن تعالج بطريقة محافظة بالدواء ولكن عندما تحدث مضاعفات أو يصبح الوضع مقاوماً فإن التدخل الجراحي يصبح ضرورياً على شرط أن يكون التركيز الأولي فيه على الجيب الغربالي.
- مضاعفات جراحة الجيوب الأنفية الوظيفية عن طريق المناظير تشمل النزيف وإصابة القناة الأنفية الدمعية وإصابة العين وتسرب سائل النخاع الشوكي وإصابة لمكونات داخل القحف وإصابة للعصب البصري.
- يتكون ثالوث سامبتر من ربو وسليلات أنفية وتحسس لمادة الأسبرين.

السليلات الأنفية **Nasal polyposis**

السليلة الأنفية عبارة عن تورم في الغشاء المخاطي. وتبدو صفراء إلى رمادية اللون وملساء رطبة و معلقة وتتحرك عند لمسها بالمسبار .

إن من الأخطاء الشائعة الخلط بين السليلة والمحارة السفلية. السلائل الأنفية تكون عادة ثنائية الجانب وتؤدي إلى سدد أنفي ولها قابلية الرجوع بعد الاستئصال الجراحي. وتعد الجيوب الغربالية أكثر مناطق الأنف التى تبرز منها السلائل الأنفية. طريقة الإمراض بالسلائل الأنفية لا تزال غير واضحة.

المعالجة:

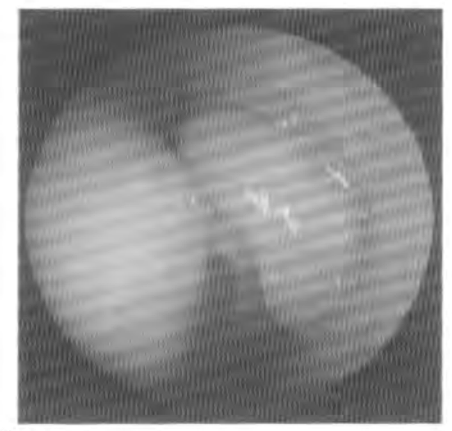
المعالجة الدوائية:

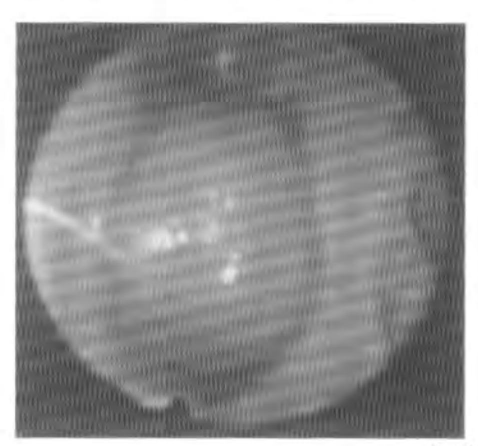
- الكورتيزون عن طريق الفم.
- الكورتيزون الأنفي الموضعي.

المعالجة الجراحية:

نحتاج إلى الجراحة إذا فشلت المعالجة الدوائية في أن تزيل الأعراض أو حصلت مضاعفات وتكون الجراحة بشكل مناظير جراحية وظيفية للجيوب الأنفية أو استئصال السلائل الأنفية بالطريقة العادية.

ويجب التمييز بين السلائل الأنفية والمحارة السفلية عن طريق التحسس للألم وقابلية الحركة. إن وجود سليلة أنفية أحادية الجانب هي ورم حتى يثبت عكس ذلك.





سليلة أنفية

من الهدي النبوي

قـال صلى الله عليه وسلم

١ - إن الرفق ما كان في شيء إلا زانه ولا نزع من شيء إلا شانه

٢ - إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه

٣- إنما النساء شقائق الرجال لهن مثل الذي عليهن بالمعروف

٤ - أوصاني ربي بتسع، أوصيكم بهن: خشية الله في السر والعلانية والعدل الغضب والرضا والقصد في الفقر الغنى وأن أصل من قطعني وأعطي من حرمني وأعفو عمن ظلمني وأن يكون صمتي فكراً ونطقي ذكراً ونظري عبرة

٥- قال صلى الله عليه وسلم لعبد الله بن عباس رضي الله عنهما: يا غلام أني اعلمك كلمات :احفظ الله يحفظك احفظ الله تجده تجاهك وإذا سألت فاسأل الله وإذا استعنت فاستعن بالله واعلم أن ما اخطأك لم يكن ليصيبك وأن ما أصابك لم يكن ليخطئك وأن الأمة لو اجتمعت على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله تعالى لك وإن اجتمعوا على أن يضروك بشئ لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله تعالى عليك. جفت الأقلام ورفعت الصحف

٦- نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس الصحة والفراغ

٧- سبعة يظلهم الله في ظله يوم لا ظل إلا ظله منهم شاب نشأ في طاعة الله

٨- جاء رجل إلى للنبي صلى الله عليه وسلم وقال له أريد أن أكون رفيقك في الجنة فقال صلى الله عليه وسلم أعني على نفسك بكثرة السجود

٩- إن الله طيب لا يقبل إلا طيبا

١٠ - الجنة تحت أقدام الامهات

١١ - الدعاء هو العبادة

١٢ - إن الله حي كريم يستحي إذا رفع العبد إليه يديه أن يردهما صفر خائبتين

الفصل الرابع

طب الحنجرة
LARYNGOLOGY

> **كن بشوشا**
> **الوجه البشوش شمس ثانية يُرسل أشعة الابتهاج إلى قلوب إخوته البشر كما تُرسل شمس السماء أشعتها إلى هذه الأرض لحياة نباتها وحيوانها !!!**

تشريح الجوف الفموي والبلعوم
Anatomy of the Oral Cavity & Pharynx

الجوف الفمويOral cavity

يمتد الجوف الفموي من حافة الشفة إلى الحليمات المحوطة للسان في الأسفل ونقطة التقاء الحنك الرخو بالحنك الصلب في الأعلى وهو يشمل ثمان مناطق وهي:

١ - الشفتان.
٢- الغشاء الشدقي.
٣- قاع الفم.
٤- الحنك الصلب.
٥- اللثة خلف الرحى.
٦- الحرف السنخي السفلي.
٧- الحرف السنخي العلوي.
٨- الثلثين الأماميين من اللسان.

البلعوم Pharynx

يمتد البلعوم من قاع الجمجمة إلى بداية المريء مقابل الفقرات الرقبية الست العلوية. يبلغ طوله حوالي ١٢ , ٥ سم عند البالغين وينقسم إلى ثلاثة أقسام:

البلعوم الأنفي Naso-pharynx

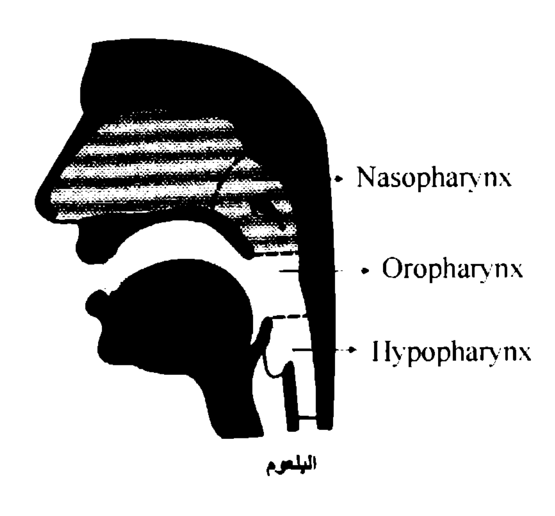
خلف المنعران حيث تقع الناميات عند التقاء سقفه مع جداره الخلفي والناميات عبارة عن تكدس من الأنسجة اللمفاوية في الجدارين الجانبيين حيث تقع فتحة النفير.

البلعوم الفموي Oro-pharynx

ويقع خلف الجوف الفموي حيث يفصل كل من الحنك الرخو واللهاة البلعوم الأنفي عن البلعوم الفموي. وتقع اللوزتان الحنكية على الجانبين بين كل من العماد الأمامي والعماد الخلفي. والعماد عبارة عن طية عضلية تغطى بغشاء مخاطي وهي تمتد من الحنك إلى أن تلتقي بالجانب الوحشي من اللسان. ويشكل العماد الأمامي الوصلة بين الجوف الفموي والبلعوم الفموي. يسمى تكدس الأنسجة اللمفاوية في قاعدة اللسان بلوزة اللسان. وتشكل كل من الناميات ولوزتي الحنك واللسان بالإضافة إلى تكدس من الأنسجة اللمفاوية في الجدار الخلفي للبلعوم وحول فتحة النفير ما يسمى (بحلقة ولداير) (Waldeyer's ring) وهي تكون على شكل دائرة من الأنسجة اللمفاوية حول مدخل القناة الهضمية التنفسية.

البلعوم السفلي Hypo - pharynx

يقع خلف الحنجرة وتقع الحفرتان الكمثرتان في الجدار الوحشي في الجهتين.



البلعوم

من مخاطر التدخين

١- التهابات الجيوب الانفية المتكررة وقلة المناعة لجميع الأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي العلوي والسفلي.

٢- سرطان الفم وسرطان الحنجرة وسرطان الرئة.

٣- في دراسة عن أسباب وفاة الأطفال بين سن إسبوع وعام نشرت مجلة لانست الطبية البريطانية بحثاً مفاده أن تدخين الوالدين من أخطر العوامل المسببه لوفاة الطفل في عامه الأول وأفاد الدكتور فليمنج أن احتمال وفاة الطفل في عامه الاول يبلغ خمسة أضعاف إذا كان الوالدين يدخنان جاء ذلك في البحث عن تقصي أسباب الوفاة في الاطفال قبل إكمال عامهم الأول من العمر

فلنتق الله في أطفالنا أيها الآباء والامهات

التعصيب Nerve supply

البلعوم الأنفي: من فروع عصب الفك العلوي والذي يعد فرعاً من عصب الثلاثي التوائم.

البلعوم الفموي: من العصب اللساني البلعومي.

البلعوم السفلي: من فروع العصب الحنجري الباطن وهو يعد فرعاً من العصب المبهم وهذا العصب الحسي مهم جداً في حالة ألم الأذن الانعكاسي.

التصريف اللمفي Lymphatic Drainage

تكون الأنسجة اللمفاوية للبلعوم جزءاً مهماً من مكوناته وتلعب دوراً في كثير من الأمراض في هذه المنطقة.

البلعوم الأنفي: يصرف إلى العقد اللمفية خلف البلعوم وبعد ذلك إلى العقد اللمفية الرقبية العلوية العميقة.

البلعوم الفموي: يصرف إلى العقد اللمفية الرقبية العلوية العميقة.

البلعوم السفلي: يصرف إلى العقد العلوية والسفلية الرقبية العميقة.

ابتســـامــة

يُروى أنه جاء رجل إلى أبي حنيفة فسأله: إذا خلعت ثيابي ودخلت النهر لأغتسل فإلى القبلة أُحول وجهي أم إلى خلافها.

فقال له أبوحنيفة: الأفضل أن تُحول وجهك إلى الجهة التي فيها ثيابك لئلا يسرقها أحد.

تشريح الحنجرة

Anatomy of the Larynx

تقع الحنجرة في منتصف الرقبة وتمتد من الفقرة الرقبية الثالثة إلى السادسة أمام البلعوم السفلي وهي عبارة عن أنبوبة قمعية الشكل تتسع في الأعلى ويبلغ طولها ٤,٥ سم في البالغين من الرجال و ٣,٥ سم عند السيدات.

تتكون الحنجرة من هيكل غضروفي يتصل مع بعضه ببعض بأربطة وعضلات تُغطى بغشاء مخاطي.

يشكل الجزء العلوي من لسان المزمار الحد الأعلى من الحنجرة بينما يشكل الحرف السفلي للغضروف الحلقي الحد الأسفل من الحنجرة.

ينقسم جوف الحنجرة إلى ثلاث مناطق:

فوق المزمار Suprglottic

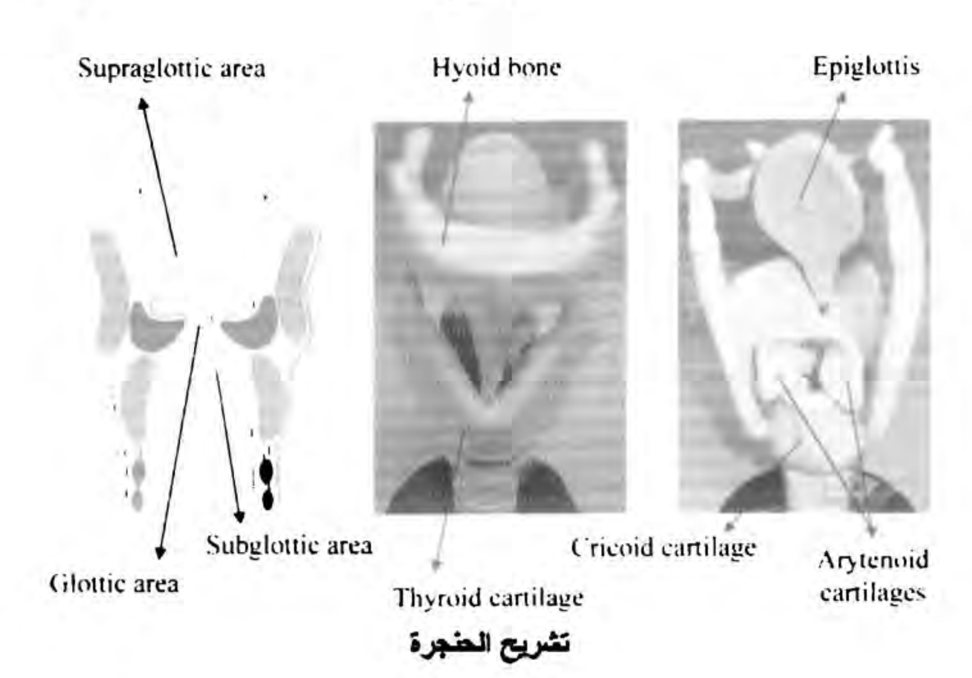
فوق الحبال الصوتية وتحتوي على الطية الصوتية الكاذبة والبطين الحنجري (الفراغ بين الحبال الصوتية الحقيقية والكاذبة).

المزماري Glottic

الفراغ بين الحبلين الصوتيين الحقيقيين.

تحت المزماري Subglottic

من تحت الحبال الصوتية الحقيقية إلى الأسفل حتى الحد السفلي للغضروف الحلقي.



تشريح الحنجرة

التعصيب

يغذي العصب المبهم الحنجرة عن طريق الفروع التالية:

العصب الحنجري العلوى والذي يعطي

- العصب الحنجري الباطن.
- العصب الحنجري الظاهر.

العصب الحنجري الراجع:

ويلعب العصب المغذي دوراً مهماً في وظائف الحنجرة الحسية والحركية.

التصريف اللمفي

فوق المزمار: تصرف إلى العقد اللمفية الرقبية العميقة العلوية.

المزماري: ليس لديه أي تصريف لمفي.

تحت المزماري: يصرف إلى العقد اللمفية أمام الحنجرة وجانب الرغامي والتي بدورها تصب في العقد اللمفية الرقبية العميقة السفلية.

فسيولوجيا البلعوم
Physiology of Pharynx

ما هي وظائف البلعوم؟

البلع

وهي العملية التى بواسطتها تنتقل لقمة الطعام من الفم إلى المريء ومن ثم إلى المعدة.

وتحدث في ثلاثة أطوار:

١- الطور الفموي: مرور إرادي للطعام من الجوف الفموي إلى البلعوم الفموي.

٢- الطور البلعومي: مرور لا إرادي للطعام من البلعوم الفموي إلى المريء.

٣- الطور المريئي: المرور اللاإرادي للطعام من المريء إلى المعدة.

التنفس

يعمل البلعوم كقناة تنفسية.

الكلام

يلعب البلعوم دوراً في رنين الكلام.

الحماية

تعمل حلقة ولداير كخط دفاعي عند مدخل القناة الهضمية التنفسية.

فسيولوجيا الحنجرة
Physiology larynx

ما هي وظيفة الحنجرة؟

الحماية

وتعد أهم وظيفة لأن الحنجرة تمنع استنشاق الطعام والسوائل وأي أجسام غريبة إلى الرئتين بآليات متعددة.

التنفس

تعمل الحنجرة كقناة للتنفس.

التصويت

يؤدي تيار الهواء أثناء الزفير إلى اهتزاز في الحبال الصوتية الحقيقية المتوترة في حالة التقريب والتي تؤدي بدورها إلى إنتاج الصوت.

تثبيت القفص الصدري

وذلك بغلق العاصرات الحنجرية أثناء السعال والتبرز والمخاض والتسلق وأثناء رفع الأجسام الثقيلة.


لسان المزمار

لسان المزمار

لنقف عندي شرطي المرور المتواضع المسمى بلسان المزمار في الحنجرة هذا الشرطي يقف عند تقاطع الطرق القادمة من الأنف والفم والتي تصب في المريء الموصل إلى المعدة وفي القصبة الهوائية الموصلة إلى الرئتين

تقاطع الطرق هذا من أخطر المناطق في الجسم لأن شرب نصف كاس من الماء إذا وصل إلى الرئتين كان معناه إما الاختناق والموت وإما السعال لمدة لا يعلمها الا الله حتى تطرد جميع جزئيات الماء الداخلة فكيف بالمأكولات.

إن هذا الشرطي المخلص لا يرتاح لحظة من ليل أو نهار لأن عملية البلع مستمرة حتى بدون طعام أو شراب وهو يشير بيده الكبيرة التي الملعقة الواسعة حيث يمرر اللقمة أو اللعاب إلى المريء ثم يرتفع لتستمر عملية التنفس كما هي.

من كتاب الطب محراب للإيمان للدكتور خالص جلبي

مبحث الأعراض

Symptomatology

التهاب الحلق Sore Throat

وهذا يعني ألم بالحلق. ويعد أكثر الأعراض شهرة في الطب وأكثر شهرة عند الأطفال هو التهاب البلعوم واللوزتين الحاد. أما عند البالغين فربما يعانون من التهاب الحلق وذلك بسبب ارتجاع حمض المعدة أو التهيج بسبب مادة التبغ.

معظم التهابات الحلق الحادة مصدرها فيروسي. إن تجربة مضادات ارتجاع الحموضة في حالة التهاب البلعوم المزمن ربما يكون ذا فائدة وخاصة إذا كانت الأعراض المرضية ترجح وجود جزر معدي مريئي.

إن وجود تقرحات في الفم ربما تدل على وجود اعتلال في الدم. يجب التأكد في حالة الالتهاب المزمن عند البالغين من خلو المريض من الأورام. مسحة الحلق واختبار بول بينل أو البقعة الوحيدة ربما تكون مناسبه في حالة داء وحيدات النوى الخمجي. إن مسحة الحلق الروتينية ليست دائما ذات فائدة.

صعوبة البلع **Dysphagia**

ربما تكون حادة أو مزمنة. في حالة عسرة البلع الحادة غالباً ما يكون مصدرها التهابي ولكن يجب استبعاد وجود أجسام غريبة وخاصة عند الأطفال. أما في الحالات المزمنة فمن الضروري عمل تنظير داخلي للمريء حتى عندما تكون بلعة الباريوم طبيعية.

عسرة البلع المزمنة نتيجة الأمراض العصبية العضلية ربما تؤدي إلى الاستنشاق لذلك من الضروري إجراء عمل فغر للمعدة للإطعام.

عندما يكون هنالك ألم أثناء البلع فإن ذلك يسمى (البلع المؤلم).

التنفس الفموي **Mouth Breathing**

لا يعد التنفس الفموي الطريق الصحيح للتنفس. ولكن هذا يحدث في حالات منها انسداد الأنف وذلك نتيجة لأسباب إما في الأنف وإما في البلعوم الأنفي. وأسباب الانسداد إما أن تكون خلقية وإما أن تكون مكتسبة وكلما كان التدخل سريعاً لإزالة أسباب السدد كان أفضل قبل أن يصبح التنفس الفموي عادة.

الفم الجاف **Dry Mouth**

وذلك عندما يتأثر المزلق الرئيس للفم وهي إفرازات الغدد اللعابية الكبرى والصغرى.

وتوجد أسباب كثيرة منها:

- التنفس الفموي.
- الإفراط في الكلام.
- الحمى.

- الجفاف.
- أثناء التمارين الرياضية.
- بعض الأدوية.
- الإفراط في التدخين.
- بعد التعرض للعلاج بالأشعة.
- السكري غير المنتظم.
- الشيخوخة.

البخر Bad Breath (Halitosis)

يعد شكوى محرجة وعادة ما يوجد السبب في أعلى القناة الهضمية التنفسية وربما يكون في البطن أو الصدر.

ويوجد عدة أسباب منها: جفاف الفم، من منشأ سني، والتهاب أو تقرحات في الجوف الفموي، وتجمع بقايا الطعام في خبايا اللوزتين الواسعة والتهاب الأنف الضموري وجسم غريب في الأنف وخاصة عند الأطفال والتهاب الجيوب الأنفية وخاصة عندما يكون مصدرها الأسنان، والإمساك وأمراض الكبد والفشل الكلوي والسكري عندما يصاحب بحماض كيتوني وخراج الرئة والرتج البلعومي وتوسع القصبات والتهاب القصبات الهوائية المزمن القيحي وبعض أنواع الطعام مثل (الثوم والبصل) نفس المدخن وأخيراً ربما تكون شكوى المريض لا أصل لها وهذه عادة ما تكون بسبب مشاكل نفسية.

البحة Hoarsness

هي عبارة عن تغير في الصوت من الطبقة العليا إلى السفلى. أما عندما يزول الصوت بشكل كامل فإن هذه الحالة تدعى غياب الصوت (Aphonia). أي سبب يؤثر على الحبال الصوتية أو حركتها ربما يؤدي إلى بحة وهذه الأسباب تشمل:

- وترة الحنجرة الخلقية.
- رضح.
- الإفراط في استخدام الصوت.
- رضحة خارجية.

- رضح بسبب التنبيب.
- جسم غريب.
- التهابات.
- شلل الحبال الصوتية.
- ورم خبيث أو حميد.

الصرير Stridor

عبارة عن صوت ينتج عن جريان مضطرب للهواء بسبب انسداد جزئي في الحنجرة والرغامي (القصبة الهوائية).

أما بالنسبة للشخير فهو عبارة عن تنفس مزعج نتيجة ضيق جزئي في القناة التنفسية فوق الحنجرة.

والصرير ربما يكون على أحد الأشكال التالية:

شهيقي **Expiratory**

عندما يكون السدد فوق أو على مستوى الحبال الصوتية.

زفيري **Biphasic**

عندما يكون الضيق في مكان قاصي على طول الشجرة الرغامية القصبية.

ثنائي الطور شهيقي وزفيري

وذلك عندما يكون الضيق مباشرة تحت الحبال الصوتية أو في منطقة دانية من القصبة الهوائية خارج القفص الصدري.

من الممكن أن يشتكي البالغ من صرير لكنه أكثر حدوثاً في الأطفال وذلك بسبب صغر مقاس مجرى التنفس ولأن غضاريف الحنجرة لا تزال غضة وأكثر انخماصاً.

ما هي أسباب الصرير عند الأطفال حديثي الولادة؟

١- تلين الحنجرة أو تلين القصبة الهوائية وهو عبارة عن لين أو ترهل غير طبيعي في الحنجرة وتشكل ٦٠٪ من حالات الصرير عند حديثي الولادة.

٢- تضيق تحت المزمار وهو يأتي في الدرجة الثانية (٢٠٪) بالنسبة للأسباب الحنجرية المؤدية للصرير.

٣- شلل الحبال الصوتية (١٣٪).

٤- الأسباب الأخرى تشكل حوالي ٧٪ مثل الوترة الحنجرية والشذوذ الوعائي (ورم وعائي تحت المزمار) أو تضيق جزئي.

الليزر
القاعدة العامة لا ستخدام الليزر هي استخدام جهاز ليزر آمن بطريقة آمنة بأيدي آمنة ومدربة (جراح وطبيب تخدير وممرضة) وللحالات التي تحتاج لجراحات الليزر.

ما هي الأسباب المكتسبة المؤدية للصرير عند الأطفال والبالغين؟

١- إنتاني: مثل التهاب لسان المزمار الحاد والتهاب الحنجرة أو التهاب الحنجرة والرغامي والقصبات و داء الحليمومات الحنجرية المتعددة (فيروسي المنشأ).

٢- غير إنتاني:

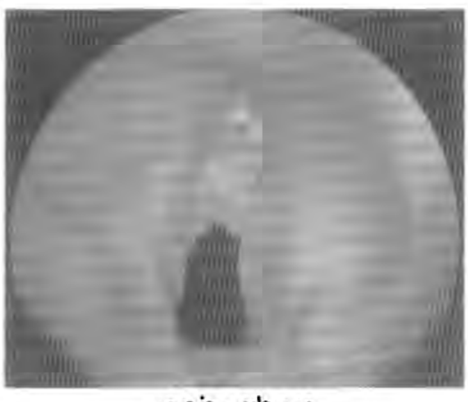
أ) رضح

- حادة: كسر حنجري.
- مزمن: تضيق تحت المزمار بسبب طول التنبيب.

ب) تحسس: توروم وعائي عصبي.

ج) جسم غريب.

د) ورم: حميد أو خبيث.



ورم حليمي حنجري

السعال Cough

عبارة عن استجابة انعكاسية لتهيج مستقبلات السعال في الأغشية المخاطية لمجرى التنفس. وهو يدفع الهواء من الرئتين للخارج عن طريق الفم مصحوباً بصوت قصير مرتفع (الزفير المندفع ضد المزمار المنغلق).

أمراض جوف الفم Diseases of Oral Cavity

التهاب الفم Stomatitis

عبارة عن مصطلح عام لأي التهاب في أغشية الفم. وهي ربما تكون فيروسية أو جرثومية أو فطرية أو غير معروفة المنشأ. وربما تكون دلالة على مرض عام خطير يستدعي فحوصات مخبرية شاملة.

التهاب الفم القلاعي الراجع Rucurrent aphthous stomatitis

يتميز بقرحات معاودة مؤلمة مفردة أو متعددة تصيب مخاطية الجوف الفموي. وسببه غير معروف ولكن هنالك أسباباً مؤهبه مثل الرضح، والشد العصبي، والتغيرات الهرمونية، ونقص الفيتامينات أيضاً.

هذا المرض محدود ذاتياً والشفاء التلقائي متوقع من ٧-١٠ أيام ولكن يمكن معالجته إما بوضع معجون موضعي من الكورتيزون وإما من خلال الكي بمادة نترات الفضة.

داء المبيضات Candidiasis (Thrush or Moniliasis)

عبارة عن آفة بيضاء في مخاطية الفم والتي بسهولة تزال ولها قاعدة حامية. وتسببها فطر يُسمى المبيضة البيضاء وتعالج بمضادات الفطريات.


داء المبيضات


قرحة قلاعية

قــــال الشـــاعر	
لا تمنعن يــد المعــروف عــن أحــد	مــا دمــت مقتــدراً والعيش جنــات
قـد مـات قـوم وما ماتـت مكـارمهم	وعـاش قـوم وهـم في النـاس أموات

التهاب الفم النيكوتيني Nicotine stomatitis

يحدث عند المدخنين ويكون على شكل رقعة بيضاء على مخاطية الحنك مع وجود حطاطات صغيرة متعددة. لا تحتاج إلى علاج سوى التوقف عن التدخين.

طلوان Leucoplakia

عبارة عن آفة بيضاء لا يمكن إزالتها، وتكثر عند الذكور أكثر من الإناث، ٨٠٪ منها حميدة بينما ٢٠٪ منها تكون محتملة التسرطن أو سرطان مبكر وخاصة إذا كانت على حافة اللسان وقاع الفم أو الشفة السفلى. وتكمن المعالجة في إزالة العوامل المهيجة وأخذ عينة للفحص.



طلوان

ملاحظات مهمة

- أي آفة جسمية في جوف الفم تحتاج إلى جس.
- أي قرحة فموية تستمر أكثر من ثلاثة أسابيع تحتاج إلى خزعة (أخذ عينة للفحص) وخاصة في المرضى فوق ٦٠ سنة.

أمراض البلعوم Diseases of Pharynx

التهاب البلعوم الحاد Acute pharyngitis

عبارة عن التهاب يصيب البلعوم الأنفي والبلعوم الفموي والبلعوم السفلي ويكون كالتالي:

معدي Infective: يكون غالباً فيروسياً في ٨٠٪ من البالغين وفي ٦٠-٧٥٪ من الأطفال أو يكون بكتيرياً (مجموعة أ عقدية حالة الدم) وهي الأكثر أو ربما تسببه فطريات مثل المبيضة.

غير معدي Non-infective: التهاب البلعوم اللانوعي ويحصل نتيجة الهواء البارد ودخان مهيج والتدخين وإفراز من البلعوم الأنفي أو نتيجة جزر معدي مريئي.

الأعراض: ألم في الحلق وصعوبة في البلع وفتور وصداع أو ألم بالأذن.

وبالفحص يبدو الحلق محتقناً مع ارتفاع في درجة الحرارة.



التهاب البلعوم الحاد

العلاج

يشمل إعطاء مسكنات ومضادات حيوية في حالة الالتهاب البكتيري فقط وتجنب العوامل المهيجة.

يجب تجنب أقراص المص المحتوية على مطهر أو مضاد حيوي لأن ذلك يؤثر على نبيت الفم والبلعوم ومن ثم قد يؤدي إلى داء المبيضات.

التهاب البلعوم المزمن Chronic Pharyngitis

سعال مستمر وألم بسيط في الحلق وربما يصاحبه جفاف، لا يوجد أعراض عامة ولا صعوبة في البلع وبالفحص قد يبدو البلعوم محتقناً مصحوباً بتضخم في الأنسجة اللمفية في جدار البلعوم الخلفي والتي تؤدي إلى التهاب البلعوم الحبيبي وقد يكون الشريط اللمفاوي لجدار البلعوم الجانبي متضخماً.

العوامل المؤهبة

- تنفس فموي مزمن.
- التهاب جيوب أنفية مزمن.
- التدخين.
- جزر معدي مريئي.
- التهاب الأسنان المزمن.
- استخدام حبوب المص.
- التعرض المزمن للدخان الكيميائي أو المهيج.

المعالجة: تجنب العوامل المهيجة ومعالجة الأعراض

اللوزتان والناميات Tonsils & Adenoids

لوزتا الحنك والناميات تعد جزءاً من حلقة ولداير (Waldeyer) وتصرف هذه الحلقة إلى العقد اللمفية خلف البلعوم والرقبية العميقة العلوية حيث تعد العقد اللمفية الوداجية وذات البطنين أكثرها إصابة.





العقدة اللمفية الوداجية وذات البطين

التضخم الجسيم للوزتين والناميات الذي يحدث مبكراً عند الأطفال ربما يؤدي إلى انقطاع النفس الانسدادي النومي، وهو يهدد الحياة مما يستدعي التدخل الجراحي.

إن استئصال اللوزتين والناميات في مرحلة مبكرة من الطفولة لا يبدو أن له تأثيراً على جهاز المناعة.

التهاب اللوزتين الحاد **Acute tonsilitis**

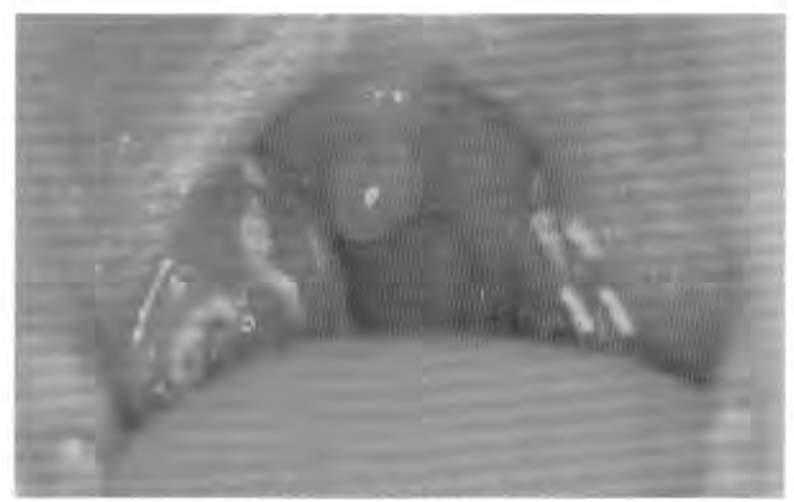
يُصيب الأطفال الصغار والفتيان بشكل أكبر إلا أنه يمكن أن يصيب أي عمر من ستة أسابيع وحتى العقد السادس، ويكثر حدوثه في الشتاء والربيع. وتسببه في الغالب عقدية حالة الدم من نوع بيتا، والعقديات الرئوية والمستديمة النزلية.

في الأطفال الأقل عمراً من ثلاث سنوات تبين أن ١٥٪ من الحالات وجد أنها بسبب العقدية الرئوية بينما باقي الحالات كانت بسبب الفيروسات أما بالنسبة للأطفال الأكبر سناً فإن ٥٠ ٪ من الحالات كانت بسبب العقدية الرئوية.

رسالة الرازي عن (الحصبة والجدري) ظلت المرجع الأول والأخير في أوروبا حتى القرن الثامن عشر، كذلك فرق الرازي مرض النقرس (وهو داء يصيب الأطراف في القدم غالباً) عن مرض الروماتيزم.

الأعراض: ألم بالحلق وألم عند البلع وفتور وألم بالأذن وصداع وعدم الرغبة في الأكل وألم بالبطن وقيء عند الرضع وصغار الأطفال.

العلامات: ارتفاع في درجة الحرارة قد تصل إلى ٤٠ درجة وهذا قد يؤدي إلى اختلاج حراري وعند الرضع الذين لديهم القابلية واحتقان وتضخم في اللوزتين مع وجود نتحة وضخامة في العقد اللمفية ونتن النفس.



التهاب اللوزتين الجريبي الحاد

المعالجة

- الراحة وتناول كمية كافية من السوائل لتجنب الجفاف.
- خافض للحرارة ومسكن مثل الأسبرين ودواء باراستمول مع ملاحظة عدم إعطاء الأطفال أقل من ١٢ سنة لدواء الأسبرين لتجنب الإصابة بمتلازمة ري.
- مضادات حيوية في الحالات الشديدة.
- التوقف عن إعطاء حبوب المص والتي تحتوي على مطهرات ومضادات حيوية لتجنب حصول داء المبيضات بالإضافة إلى عدم جدواها أيضاً.

التشخيص التفريقي **Differential diangosis**

داء كثيرة الوحيدات الخمجية (الحمى الغدية) **Infectious mononucleosis**: مرض عام يسبب التهاب اللوزتين والبلعوم وربما يسبب تضخماً في الكبد والطحال وهذا نادرٌ. يسببه فيروس ابشتاين بار ويتميز بتكون نتحة رهيمية رمادية اللون تغطي اللوزتين ويتم التأكد من التشخيص في معظم الحالات بإيجابية فحص النقطة الوحيدة أو بول بنل.



داء كثيرة الوحيدات الخمجية

الحمى القرمزية Scarlet fever: عبارة عن التهاب اللوزتين تسببه البكتيريا العقدية وربما يصاحبه لسان شبيه بالقرمز مع أو بدون طفح جلدي ويعد من النادر حدوثه هذه الأيام.

الخناق Diphtheria: تسببه العصية الخناقية ويعد نادر الحدوث في هذه الأيام نتيجة للتلقيح الإجباري.

إن خاصية غشاءه الكاذب وهواللون الرمادي المتسخ يمتد من اللوزتين إلى الأعمدة اللوزية عندما يزال هذا الغشاء يترك سطح خام قابل للنزف ويتكون بسرعة بعد إزالته.

الخراج حول اللوزة Peritonsillar abscess /Qunisy: عبارة عن تجمع للقيح في منطقة حول اللوزة وهو المكان بين محفظة اللوزة ومهد اللوزة. ويعاني المريض من ألم حاد مع ضزز وألم بالأذن في نفس الجهة المصابة.

العلاج: في مرحلة التهاب الهلل ربما يكون المضاد الحيوي فعالاً أما إذا كان غير فعال فمن الضروري عمل بضع وتصريف للقيح سواء تحت التخدير الموضعي أو التخدير العام كما ينصح بإعطاء مسكن قوي ومواصلة المضاد الحيوي. أما إزالة اللوزتين بعد الخراج حول اللوزتين فإنه أمر مختلف فيه.



خراج حول اللوزة اليسرى

التهاب اللوز المتكرر أو المزمن **Chronic or recurrent tonsillitis**

إذا كانت اللوزتان متضخمتين بدون أي أعراض فلا داعي للتدخل الطبي. أما التهاب اللوز المزمن فينتج عن التهابات لوز متكررة.

النامیات **Adenoid**: تضخم النامیات ربما يكون فسيولوجياً، وهذا يحدث من ٣-٧ سنوات من العمر وبعد ذلك تبدأ بالضمور أو تتحول إلى إلتهاب مزمن في النامیات.

إن تضخم النامیات عند الأطفال على وجه الخصوص يؤدي إلى الآتي:

- انسداد في الأنف.
- تنفس فموي.
- شخير.
- خنة.
- إفرازات أنفية مفرطة.
- متلازمة انقطاع التنفس النومي.

يعتمد تشخيص تضخم النامیات بشكل أساسي على التاريخ المرضي وعلى تقييم سالكية مجرى الهواء من الأنف ولكن يمكن تأكيد ذلك عن طريق المنظار الأنفي الخلفي

(صعب عمله عند الأطفال) وعن طريق منظار البلعوم الأنفي المرن أو عن طريق عمل فلم أشعة بسيط للأنسجة الرخوة (في كثير من الأحيان قد تكون مضللة لأن مجرى الهواء يتغير بحسب طور التنفس).



استئصال الناميات



فلم أشعة بسيط يبين تضخماً في الناميات

دواعي إزالة اللوزتين Indication for Tonsillectomy:

- التهاب لوز متكرر سبع مرات أو أكثر من الالتهابات الحادة في السنة الأخيرة أو خمس مرات من النوبات الالتهابية في السنتين الأخيرتين أو ثلاث مرات أو أكثر في كل سنة من السنوات الثلاث الأخيرة.
- تضخم في اللوز مما يؤدي إلى انقطاع النفس النومي.
- قلب رئوي كمضاعفات لإنقطاع النفس النومي.
- الخراج حول اللوزة.
- الشك بوجود ورم خبيث (ضخامة أو شذوذ وحيد الجانب في اللوزتين).
- تزال كجزء من عملية أخرى مثل عملية رأب الحنك والبلعوم واللهاة.
- التهاب اللوزتين المزمن مع وجود نتن النفس.

قال صلى الله عليه وسلم

لولا أن اشق على أمتي لأمرتهم بالسواك عند كل صلاة. رواه الشيخان

دواعي إزالة الناميات Indications for adenoidectomy:

- انسداد في الأنف.
- انقطاع النفس النومي.
- التهاب الجيوب الأنفية المزمن.
- التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي المزمن أو التهاب الأذن الوسطى المتكرر الحاد (لا يزال مثار جدل).

موانع إزالة الناميات واللوز Contraindications for adenotonsillectomy:

- فلح حنكي (يمنع قطعياً إزالة الناميات).
- اضطرابات نزيفية.
- التهاب حاد خلال أسبوعين من موعد إجراء العملية.

مضاعفات إزالة الناميات / الناميات Complications of adenotonsillectomy:

- نزف والذي ربما يكون أولياً أي أثناء العملية أو تفاعلياً خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى بعد العملية أو ثانوياً أي بعد ٥-١٠ أيام وذلك نتيجة الالتهاب. بالنسبة للنزف الأولي والثانوي فيجب إنعاش المريض وأخذ عينة من الدم لفحص التوافق ولاستبعاد وجود أي أهبة نزفية. أي جلطة دموية في الحفرة اللوزية يجب إزالتها ومن ثم وضع كرة من القطن مبللة ١:١٠٠٠ من مادة الإدرينالين في الحفرة اللوزية. وهذا سوف يكون قادراً على إيقاف النزف في معظم الحالات. أما إذا لم يتوقف النزف فيجب ربط الوعاء الدموي تحت التخدير العام وفي حالة النزف الثانوي والذي في الغالب سببه الالتهاب فيكون النزف قليلاً ولكن يجب إدخال المريض للمستشفى لمدة يوم على الأقل للملاحظة وعمل اختبار التوافق وإزالة الجلطة الدموية ووضع مادة الإدرينالين بعد ذلك وغالباً ما تكون هذه الطرق ناجحة في إيقاف النزف في معظم الحالات. كما يجب البدء عاجلاً بإعطاء مضاد حيوي سواءً عن طريق الفم أو الوريد لأن ذلك يكون فعالاً في منع تكرار النزف.

قال أبو بكر الرازي
إن استطاع الحكيم أن يعالج بالأغذية دون الأدوية فقد وافق السعادة.

- انسداد في مجرى التنفس وذلك بسبب استنشاق الدم أو بسبب تورم في مجرى الهواء نتيجة طريقة الجراحة السيئة.
- التهاب في الصدر.
- جفاف.
- تضخم في اللهاة.
- قصور حنكي بلعومي نتيجة الإفراط في إزالة الأنسجة أو وجود فلح تحت المخاطية قبيل العملية وهذا ربما يؤدي إلى حدوث خنه في الكلام.
- إصابة للأسنان أو خلع للمفصل الصدغي الفكي.
- إعادة نمو متبقي الناميات / الناميات.
- التهاب الأذن الوسطى.
- خنخنة مفرطة الانفتاح.

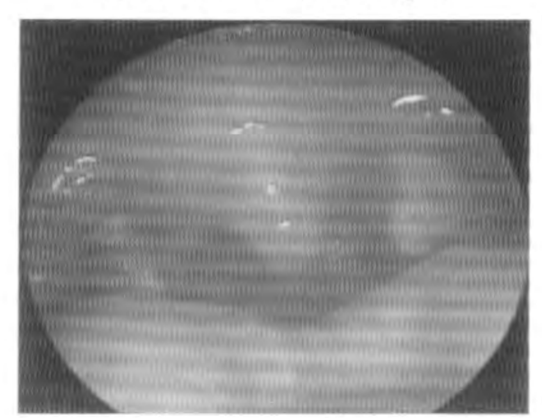
ملاحظات مهمة

- يعد التهاب مجموعة (أ) عقدية حالة للدم خطيراً إذا سبب التهاب البلعوم وذلك بسبب احتمال حدوث حمى الروماتزم والتهاب كبيبات الكلى.
- التهاب الحلق والتهاب اللوزتين الجريبي وتضخم العقد اللمفية وحرارة فوق ٣٨ درجة مئوية ربما تدل على التهاب بالبكتيريا العقدية حتى لو كانت نتيجة مسحة الحلق سلبية.
- العلاج بالمضاد الحيوي غالباً ما ينصح به عندما تشك بأن الالتهاب بسبب البكتيريا العقدية.
- تجنب فحص الحلق لو كنت تشك في أن المريض مصابٌ بالتهاب في لسان المزمار لأن الفحص ربما يؤدي إلى ضيق في النفس.
- معظم المرضى المصابين بالتهاب الحلق لا يحتاجون لمضاد حيوي وذلك لأن معظم التهابات الحلق الحادة مصدرها فيروسي.
- إنه من الأهمية بمكان بعد إزالة اللوزتين التمييز بين التئام الجرح الطبيعي وبين الإنتان.

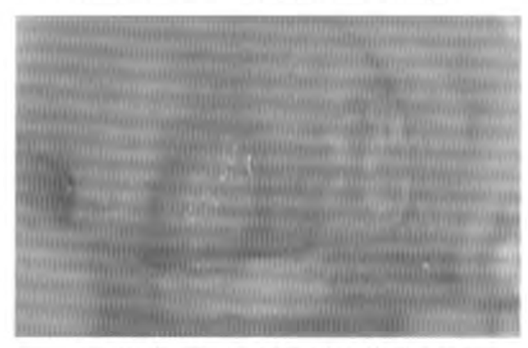
قال أبقراط ومن جاء بعده بأن الطفل في جوف الأم يتحرك بنفسه تلقائياً ويخرج بواسطة هذه الحركة من الرحم، فجاء علي بن عباس ليكون أول من قال بحركة الرحم المولدة التي تدفع بالثمرة الى الخروج بواسطة انقباض عضلاته.



وضع المريض بعد استئصال اللوزتين



التئام الغشاء الطبيعي بعد استئصال اللوزتين



إلتهاب الحفرة اللوزية بعد استئصال اللوزتين

أمراض الحنجرة

Diseases of Larynx

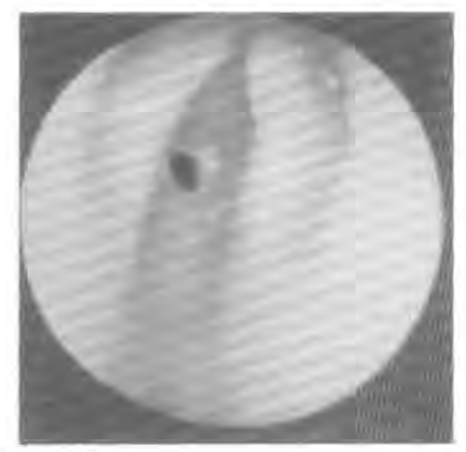
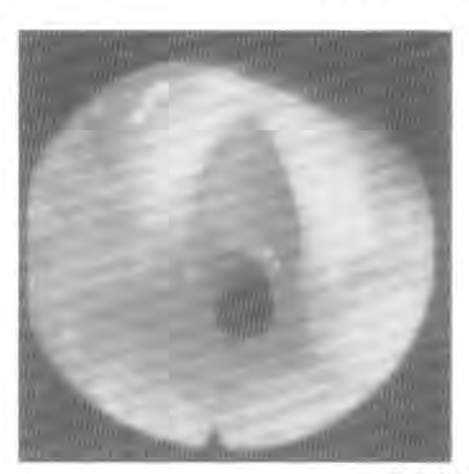
الأمراض الخلقية Congenital Lesions

تلين الحنجرة Laryngomalacia

لين شاذ لغضاريف الحنجرة والذي يؤدي إلى انخماص داخلي لمنطقة فوق المزمار أثناء الشهيق وهذا بذلك سوف يؤدي إلى صرير شهيقي والذي يظهر حالاً بعد الولادة ويلاحظ بأن المريض يتحسن عندما يستلقي على بطنه. لا تحتاج هذه الحالة إلى علاج وذلك لأنها تتحسن من نفسها عند سن الثانية وذلك لأن الغضاريف تزداد صلابة بمرور الزمن.

التضييق تحت المزمار Sub-glottic stenosis

إما ضيق في الأغشية المخاطية وإما ضيق غضروفي. وهذا سوف يؤدي إلى صرير ثنائي ومعظم الحالات تعالج بالليزر إذا كان في الأغشية المخاطية أو رأب حنجري خارجي في حالة التضييق الغضروفي. وتضيق تحت المزمار وهو غالباً يكون مكتسباً مثلما يحصل في حالة التنبيب لفترات طويلة وخاصة في الأطفال المصابين بتضيق تحت المزمار حيث يشخصوا أحياناً خطأً على أنهم مصابون بالربو.

تضيق تحت المزمار

حالات الالتهابات الحادة

Cute Inflammatory Conditions

التهاب حاد في الأغشية المخاطية للحنجرة وهو على أنماط متعددة:

التهاب الحنجرة والرغامي والقصبات (الخانوق الحقيقي) (True croup)

يؤثر في الأطفال الرضع والأطفال الصغار بشكل كبير ويشمل الالتهاب الحنجرة والرغامي والقصبات والمسبب الرئيس لهذا المرض هو فيروسي ولكن ربما يتبع ذلك التهاب بكتيري تسببه العقدية الحالة للدم والعقدية الرئوية والمستديمة النزلية.

وتظهر الأعراض على شكل صرير ثنائي الطور مصحوباً بسعال رطب وطرد بلغم كثيف وبحة في الصوت.

ويبدو الغشاء المخاطي للحنجرة وخاصة منطقة تحت المزمار والرغامي والقصبات الهوائية محتقناً ومتورماً ويغطيه نتحة مخاطية قيحية.

العلاج: يجب معالجة هذه الحالة في المستشفى مع ملاحظة لصيقة لأن هذه الحالة مهددة للحياة.

والمعالجة تشمل:

١- راحة على السرير وفي وضع الجلوس لأن ذلك يساعد على طرد البلغم مع ارتداء قناع الأكسجين.

٢- الكورتزون لتخفيف تورم الحنجرة.

٣- ترطيب الغرفة من أجل تمييع الإفرازات الثقيلة مع إعطاء كميات كافية من السوائل.

٤- مضادات حيوية.

٥- خافض للحرارة.

٦- التنبيب أو بضع الرغامي ربما يحتاج إليه في الحالات الشديدة.

قال الشاعر

الموت باب وكل الناس داخله	ياليت شعري بعد الباب ما الدار؟
الدار دار نعيم أن عملت بما	يُرضي الإله وإن خالفت فالنار
هما محلان ما للمرء غيرهما	فأختر لنفسك أي الدار تختار

التهاب لسان المزمار الحاد **Acute epiglottitis**

يكون أكثر شيوعاً في الأطفال منه في البالغين وتعد المستدمية النزلية نوع (ب) هي المسبب الرئيس لهذا الالتهاب وتتميز هذه الحالة بالأعراض التالية:

- بلع مؤلم يزداد بشكل سريع.
- صرير شهيقي يحدث بشكل سريع.
- صوت خافت مثل الذي يحدث عند تناول البطاطس الحارة.
- ارتفاع سريع في درجة الحرارة مع صداع.
- احتقان وتورم كبير في لسان المزمار.
- إلعاب.

المعالجة: تتم معالجتها تماماً مثل حالات التهاب الحنجرة والرغامي والقصبات.

التهاب الحنجرة الحاد عن البالغين **Acute laryngitis in adult**

مصدرها في الغالب فيروسي ولكن ربما يتبعها التهاب جرثومي تسببه العقدية الحالة للدم والعقدية الرئوية والمستدمية النزلية وتتمييز هذه الحالة بالأعراض التالية:

- حرارة مفاجئة والتي ربما يصاحبها صداع أو فتور.
- بحة مفاجئة في الصوت.
- سعال جاف مصحوباً بإحساس غير مريح في الحلق.
- احتقان وتورم في مخاطية الحنجرة.

وتشمل المعالجة:

- راحة للصوت.
- استنشاق البخار.
- خافض للحرارة.
- مضاد حيوي.
- تجنب المهيجات مثل التدخين والبخور.

قالوا في الأمثال

- **إللي عند أمه لا تحمل همه**

التهاب الحنجرة المزمن Chronic Laryngitis

عبارة عن التهاب الأغشية المخاطية للحنجرة.

والعوامل المؤهبة لهذا الالتهاب تشمل:

- التهابات حنجرية متكررة حادة.
- التعرض للعوامل المهيجة مثل التدخين.
- التحسس.
- جزر معدي مريئي.
- الإفراط في استخدام الصوت.

أعراضه وتتمييز بالتالي:

- بحة في الصوت.
- التنخع والنحنحة لتنظيف الحلق.
- يكون الغشاء المخاطي للحبل الصوتي سميكاً وربما يكون محمراً، طلواناً (مبيضاً) أو باهتاً ومتورماً (تورم راينكة) وهذه تلاحظ في الغالب عند المرضى في منتصف أعمارهم ويكون من الذين يفرطون في استخدام أصواتهم والمدخنين وفي النادر في حالات قصور الدرقية الشديد.

المعالجة: أولا وقبل كل شيء يجب معالجة العوامل المؤهبة وبعد ذلك تقويم النطق (علاج التخاطب) ومن النادر أن نحتاج إلى تقشير الحبل الصوتي السميك سواءً عن طريق أدوات الجراحة المجهرية أو بواسطة الليزر. أما بالنسبة لتورم رينكة فإننا نقوم بشفط التورم ثم نستأصل الأغشية المخاطية الزائدة.





أمراض الحبال الصوتية Vocal Cord Lesions

وهي تشمل عُقيدة الحبال الصوتية، سليلة الحبال الصوتية وشلل الحبال الصوتية.

عقيدة الحبال الصوتية Vocal cord nodules

وتسمى أيضاً عقيدة المغنين ويسببها الإفراط في استخدام الصوت وتحدث بشكل كبير عند الأطفال ومستخدمي الصوت المحترفين مثل: المغنين، والمدرسين.

وتحدث العقيدة نتيجة تكون ورم دموي متعضي موضعي في منطقة تحت الظهارة أو بسبب فرط تصنع ظهاري موضعي في الحبل الصوتي وموقعها المميز هو في ملتقى الثلث الأمامي مع الثلثين الخلفيين للحبل الصوتي وهذا الموقع هو أكثر مكان يحدث فيه اهتزاز في الحبل الصوتي أثناء التصويت.

وتعد بحة الصوت أكثر الأعراض حدوثاً.



عقيدة الحبال الصوتية

المعالجة: تجنب التدخين وشرب الكحول.

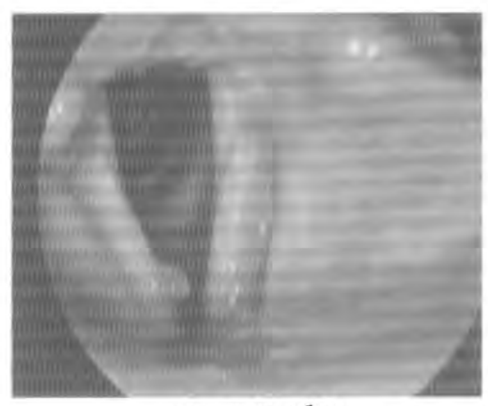
تقويم النطق لمدة ثلاثة أشهر يكون في الغالب ناجحاً ولكن في الحالات المقاومة قد يكون التدخل الجراحي بواسطة الجراحة المجهرية أو بواسطة الليزر ضرورياً. ويجب أن يكون ذلك مصحوباً بتقويم للنطق لمنع الإنتكاسة.

إن محاولة إدخال مبدأ التطعيم ضد الجدري حققها العرب، إذ عمدوا إلى جرح راحة اليد ما بين المعصم والإبهام ووضع قليل من بثور غير ملتهبة فوق الجرح يحفونه بها جيداً

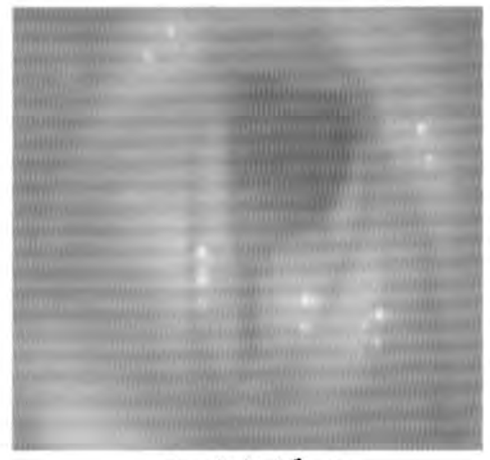
سليلة الحبال الصوتية Vocal cord polyp

عبارة عن غشاء مخاطي وأورام وتحدث في الغالب عند نقطة الوصل بين الثلث الأمامي والثلث الأوسط للحبل الصوتي ويكون إما لاطيء وإما مسوق وفي ٩٠ ٪ من الحالات تكون أحادية الجانب.

المعالجة: أولا التخلص من العوامل المؤهبة ثم العلاج بتقويم النطق. أما الاستئصال الجراحي فيدخر للحالات المزمنة وتشمل عناية ما بعد العملية راحة للصوت وإعطاء أدوية مضادة للجزر.



سليلة الحبل الصوتي



كيسة الحبل الصوتي

شلل الحبال الصوتية Vocal cord paralysis

يمكن أن يكون أحادي الجانب أو ثنائي الجانب وأسبابه متغيرة. فربما يكون غير معروف السبب وخلقي أو مكتسب.

الأسباب الخلقية ربما تشمل موه الرأس، قيلة سحائية، وهن عضلي وبيل، شلل دماغي، قيلة دماغية أو اعتلال عصبي عضلي.

الأسباب المكتسبة إما أن تكون بسبب الإصابة (رضح الولادة أو رضح خارجي) أو إصابة جراحية (جراحة الغدة الدرقية والتنبيب) أو بسبب ورم كورم الغدة الدرقية أو بسبب التهابات كالزهري.

المعالجة: يوجد هناك خيارات كثيرة وهي تعتمد على شدة الأعراض ودرجة العلة ومأمول الحياة لدى المريض:

- إعطاء الفرصة لحدوث الشفاء التلقائي أو حصول معاوضة من الحبل الصوتي السليم دون تدخل علاجي.
- تقويم النطق.
- التدخل الجراحي إذا كان ضرورياً ويتضمن ذلك عمل فغر الرغامي بشكل دائم.

ملاحظات مهمة

- يمكن أن يظهر التورم المخاطي ببحة في الصوت.
- في الحالات التي فيها بحة الصوت غير عضوية المنشأ غالباً ما تكون الأعراض متقطعة بينما الأسباب العضوية غالباً ما تكون الأعراض بشكل دائم.
- في حالة التهاب لسان المزمار الحاد ربما تجرى الصورة الإشعاعية البسيطة الجانبية للأنسجة الرخوة للعنق فقط في الحالات الغير متأكد تشخيصها.
- لقد انخفضت نسبة حدوث التهاب لسان المزمار الحاد بشكل كبير وذلك بسبب انتشار استخدام لقاح ضد المستدمية النزلية.

قال حسان بن ثابت رضي الله عنه

وأفضل منك لم ترى قط عيني	وأكرم منك لم تلد النساء
خُلقت مبرءاً من كل عيب	كأنك قد خُلقت كما تشاء

صلى الله وسلم عليك يا سيدي يا رسول الله

الفصل الخامس

الرأس والرقبة وعامة الأنف والأذن والحنجرة
HEAD & NECK AND GENERAL ORL

الأفضل

- **أفضل ما أُعطي العبد في الدنيا الحكمة.**
- **وأفضل ما أُعطي في الآخرة المغفرة.**
- **وأفضل ما أُعطي في نفسه الموعظة.**
- **وأفضل ما سأل العبد العافية.**
- **وأفضل ما قال كلمة التوحيد.**

أورام الرقبة
Neck Swelling

نستطيع الحصول على حوالي ٩٠٪ من المعلومات التشخيصية لأورام الرقبة وذلك عن طريق التاريخ المرضي والفحص السريري الدقيق.

عند معاينة أي ورم في الرقبة يجب أن نعلق على مكان الورم وحجمه ومحتواه ومدته والتعدد والإيلام واللون وسهولة تحريكه وتغير الأنسجة المحيطة به ووجود لغط أو هدير.

وفي بعض الحالات ربما يكون من الضروري عمل الأشعة والمناظير وأخذ عينة للفحص.

ثمانون بالمائة من أورام الرقبة عند الأطفال حميدة و٢٠ ٪ تكون خبيثة، بينما ٢٠٪ من الأورام عند البالغين حميدة و٨٠٪ خبيثة (وغالباً ما يكون انتقالياً من سرطانة حرشفية الخلايا من المسلك الهوائي الهضمي العلوي أو الغدة الدرقية).

التشخيص التفريقي عند الأطفال Differential Diagnosis in Children

ورم على الخط الناصف للرقبة **Midline neck lump**

- كيسة درقية لسانية.
- كيسة جلدانية.
- ورم غضروفي.
- عقدة لمفية سواء بسبب التهاب أو ورم خبيث.

ورم جانبي في الرقبة **lateral neck lump**

- التهابي حاد أو مزمن.
- حاد فيروسي (النكاف) أو بكتيري (العقدية).
- أو بكتيري (العقدية).
- مزمن (السل).
- كيسة خيشومية.
- الورم الوعائي اللمفاوي.
- الورم الوعائي الدموي.
- ورم نكافي.
- ورم عقدة لمفية أولي (ورم لمفي) أو ثانوي (نقيلي).
- ورم المستقبلات الكيميائية.

قال أبو بكر الرازي

إذا عالجت مريضاً فابدأ بتقوية حيويته وحالته العقلية، لأنك إن فعلت ذلك سهل عليك الباقي.



ورم وعائي لمفي

كيسة خيشومية

تورم نكفي

سرطانه أنفية بلعومية

كيسة جلدانية

ورم وعائي

كيسة درقية لسانية

كيسة درقية لسانية

تورمات الرقبة

التشخيص التفريقي عند البالغين Differential Diagnosis in Adult

أورام الخط الناصف للرقبة

- تضخم في الغدة الدرقية.
- كيسة درقية لسانية.
- كيسة جلدانية.
- ورم شحمي.

ورم جانبي في الرقبة

- ورم بدئي (ورم لمفي وورم المستقبلات الكيميائية وورم شوانوما (ورم غمد شوان)).
- ورم عقد لمفية نقيلي من مناطق الرأس والرقبة أو من منطقة تحت الترقوة.
- التهاب العقد اللمفية المعدي.
- قيلة حنجرية.
- متلازمة شوغرن.
- ساركويد.
- كيسة خيشومية.
- ضلع رقبية.

ملاحظات مهمة

١ - إنه من الخطأ أخذ خزعة قبل التقييم الكامل للمناطق المجاورة والبعيدة لأن ذلك ربما يؤثر في التكهن في حالة المريض المصاب بورم رقبي نقيلي.

٢ - إذا كان ورم الرقبة خبيثاً فإن الورم البدئي يكون في الغالب في البلعوم الأنفي واللوز وقاعدة اللسان والحفرة الكمثرية والحنجرة أو أعلى المريء. ومن أجل هذا السبب فإن أورام الرقبة يجب أن تحول إلى اختصاصي أمراض الأنف والأذن والحنجرة لأنه الشخص الوحيد المؤهل لفحص كل هذه المناطق المذكورة سابقاً.

٣- في حالات نادرة قد يكون ورم الرقبة ثانوياً لورم خبيث تحت الترقوة (الرئة، الثدي، المعدة، البنكرياس، الكلية، البروستاتة أو الرحم).

٤ - تعد الكيسة الدرقية اللسانية أكثر أسباب أورام الخط الناصف للرقبة شيوعاً عند الأطفال. حيث تتحرك عند القيام بالبلع أو عندما يبرز المريض لسانه خارج الفم.

٥ - أكثر أسباب أورام الرقبة الجانبية المتعددة عند الأطفال هي التهابات الغدد اللمفاوية بسبب الالتهابات.

٦ - يُعد تضخم الغدة الدرقية أكثر أسباب أورام منتصف الرقبة شيوعاً عند البالغين.

٧- يُعد الورم النقيلي الخبيث أكثر أسباب الأورام الجانبية في الرقبة شيوعاً عند البالغين.

٨- ربما تستخدم الخزعة بالإبرة الرفيعة في أي ورم بالرقبة في محاولة للحصول على تشخيص نسيجي.

كلمات للطبيب

١ - أخي إن مهنتك من أعظم المهن وأشرفها وإذا اكتنفت بتقوى الله عز وجل وارتبطت بمراقبته فإن المريض يأتي وكله ثقة فيما تقول وتصف من دوراء فإنك مصدق أمين ولذا وجب عليك الصدق معه ولا تضيع وقتك وجهدك ووقت المريض وماله فيما لا ينفع.

٢ - أخي عليك أن تصف للمريض العلاج إذا احتاج للعلاج والدواء وعليك بالنصح له وارشاده فيما يحفظ عليه صحته.

٣- أخي اذكرك فقط أن تختار أحسن الدواء وأقواه وأقله كلفه وعليك أن تصف له الدواء الذي يحتاجه فقط.

٤ - أخي أذكرك بقول ابن القيم رحمه الله: اتفق الأطباء على أنه متى أمكن التداوي بالغذاء والحمية لا يعدل عنه إلا الدواء، ومتى أمكن استخدام الدواء البسيط لا يعدل عنه الى المعقد.

٥ - أخي لا يكن علاجك لمرضك حسياً فقط يعني بالأدوية - وإنما عليك أن تطيب قلوبهم بالكلام الذي يسر ويقوي أرواحهم وينشط أبدانهم،ويزيل عنهم الهم والغم، وقدوتك في ذلك طبيب البشرية محمد صلى الله عليه وسلم، لذا عليك أن تصل مرضاك بالله عز وجل، وأن تخبرهم أن ما أصابهم هو من عند الله، وهم مأجورون عليه.

من كتاب الأحكام والفتاوى الشرعية لكثير من المسائل الطبية

جمع وإعداد د. علي بن سليمان الرميخان جزاه الله خيراً

التدبر العلاجي للمسلك الهوائي المنقوص
Management of Compromised Airway

مسلك الهواء

مسار مجوف يمتد من مقدمة الأنف إلى اسناخ الرئة. وتعد الحنجرة من الأهمية بمكان لجراح الأنف والأذن والحنجرة بما في ذلك ديناميكيتها وبنيتها المتعددة الوظائف والتي تشمل حماية مسلك الهواء والتصويت والتنفس. ويعد مسلك الهواء عند الأطفال أضيق منه عند البالغين ولهذا أي مرض يؤدي إلى التقليل من حجم التجويف سوف يوثر بشكل كبير على مسلك الهواء عند الرضع والأطفال. ويعاني المريض من صرير في الغالب وسببه حدوث صخب في تيار الهواء داخل مجرى التنفس الضيق. ويعد جراح الأنف والأذن والحنجرة الخبير في مسلك الهواء في المجال الطبي ولهذا من الشائع أن يُستدعى وبسرعة لمعاينة مرضى مسلك الهواء المنقوص ويجب أن يكون تدخله سريعاً ودقيقاً.

ويشمل التدبير العلاجي:

١- التاريخ المرضي.

٢- الفحص السريري.

٣- الاستقصاء.

٤- المعالجة.

ويعتمد كل هذا على حدة ضيق مسلك الهواء وحيث إنه في حالة الضيق الشديد يجب أن يكون التدخل عاجلاً من أجل تأمين مسلك الهواء، وهذا يشمل إعطاء الأوكسجين والرطوبة وتنبيب الرغامي أو حتى فغر الرغامي.

أما إذا سمح وقت وحالة المريض فيمكن القيام بباقي الخطوات.

التاريخ المرضي

يجب السؤال عن مدة وشدة الحالة، وعمر المريض عند بداية الأعراض، وما إذا كانت الأعراض متقطعة أو مستمرة ومدى علاقتها بالبكاء والإطعام والتمارين وعن

أي إصابة سابقة أو استنشاق جسم غريب أوسعال أوإلعاب وتغير في اللون وتغير في الحالة الذهنية.

قال الرازي
إذا كان الطبيب عالماً والمريض مطيعاً فما أقل لُبث العلة.

الفحص السريري

سوف يساعدك المظهر العام للمريض على تقييم شدة حالته. استمع إلى الصوت الذي يخرجه أثناء التنفس هل هو شخير؟ أم صرير؟.

الشخير عبارة عن ضجيج يصدر نتيجة ضيق في منطقة ما فوق الحنجرة وعادة يكون ضجيجاً ذا طبقة صوت منخفض وخانق. على خلاف الصرير الذي يكون ذا طبقة صوت عالية ويخرج من حنجرة ضيقة. يمكن أن يكون شهيقياً أو زفيرياً أو ثنائياً. أما بحة الصوت فتدل على مرض في الحبال الصوتية.

ابحث عما إذا كان هناك شحوب وزراق وتعرق وتململ وتسرع القلب وعسر البلع واستخدام لعضلات التنفس الثانوية وسحب قصي وربي. قيم طريقة التنفس وانظر إذا كان يصاحبها فترات من انقطاع النفس.إن زيادة سرعة النبض تعد دليلاً جيداً على زيادة في الإجهاد.

أما الحرارة فتدل على وجود التهاب.

الاستقصاء

الأشعة: أي طفل يشتكي من صرير يجب عمل أشعة جانبية للأنسجة الرخوة للرأس والرقبة وأعلى منطقة الصدر مع أشعة خلفية أمامية للصدر وهذه الأشعة غالباً ما توضح تفاصيل مدهشة عن التشريح الوظيفي لمسلك الهواء.

التفرس المقطعي المحسوب وأشعة الرنين المغناطيسي للجزء العلوي من مسلك الهواء تستطيع أن تزودنا بتفاصيل متطورة عن الجزء العلوي والسفلي لمجرى الهواء دون حصول إجهاد على المريض.

دراسة التباين باستخدام مادة الباريوم أو مادة (Gastrografin) مع التحري بواسطة التنظير الومضاني يعدان عوامل مساعدة خاصة إذا كان الشك قائم في وجود حلقة وعائية أو ناسور رغامي مريئي.

ارتفاع خلايا الدم البيضاء دليل على وجود التهاب.

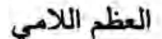
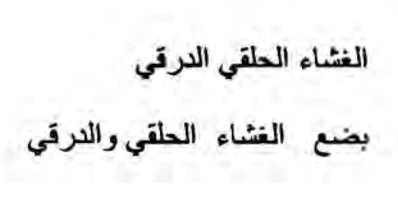
قال صلى الله عليه وسلم: **إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضطجع.**

يمكن عمل المنظار الأنفي البلعومي المرن للمرضى الذين حالتهم مستقرة ويعانون من صرير بسيط لا سيما إذا كانت الأدوات موجودة مع وجود خبرة دقيقة في استخدام المناظير لتقييم مجرى الهواء العلوي وخاصة إذا كنا نتوقع وجود تلين الرغامي أو شلل الحبال الصوتية.

تنظير الحنجرة والقصبات: كل الأطفال الذين يعانون من صرير يجب عمل مناظير لهم. وهذا يحتاج إلى تعاون بين اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة وطبيب التخدير. يعد منظار القصبات ذو التهوية أداة جيدة جداً لعمل منظار دقيق وآمن للقصبات للتشخيص والمعالجة.

المعالجة: طبية أو جراحية وهذا يعتمد على السبب. كثيرٌ من مشاكل مسلك الهواء يمكن أن تعالج طبياً وتحت ملاحظة لصيقة. الأوكسجين المرطب أو ما يسمى بخيمة الخانوق وقياس التاكسج عن طريق النبض إجراءات مفيدة جداً في المعالجة.

ربما يجب بضع الغشاء الحلقي والدرقي بصورة طارئة ويتم عمل ذلك بشق أفقي فوق الثلث الأوسط من الغشاء الحلقي الدرقي ثم بعد ذلك غرز أنبوبة دعامية. وبعد أن تستقر حالة المريض تعمل للمريض فغر الرغامي لتجنب مضاعفات مسلك الهواء.


التشخيص التفريقي لضيق مسلك الهواء العلوي عند الأطفال

Differential Diangnosis of Upper Airway Obstruction in Children

أسباب فوق الحنجرة **Supralaryngeal**

- رتق قمع الأنف.
- صغر الفك.
- تضخم اللوز والناميات.
- جسم غريب.
- شذوذ قحفي وجهي.

أسباب حنجرية **Laryngeal**

خلقية:

- تلين الحنجرة.
- تضيق تحت المزمار.
- شلل الحبال الصوتية.
- وترة حنجرية.
- كيسة حنجرية.
- حلقة وعائية.

مكتسبة:

- جسم غريب.
- إصابة للحنجرة.
- التهاب الحنجرة ولسان المزمار والتهاب الحنجرة والرغامي والقصبات الحاد.
- تضيق تحت المزمار.
- شلل في حبال الصوت.
- ورم حليمي حنجري متعدد.

ملاحظات مهمة

١ - إذا اشتبهت في التهاب لسان المزمار الحاد في طفل فتجنب استخدام خافض اللسان أو المناظير حتى لا يحدث تشنج الحنجرة.

٢- إن حدوث الصرير بشكل مفاجئ في طفل طبيعي يدل على احتمال وجود جسم غريب في مسلك الهواء حتى يثبت عكس ذلك.

٣- من النادر أن يتقدم ويتطور الصرير عند البالغين بشكل سريع مثل ما هو الحال عند الأطفال.

قال الزهراوي:
ينبغي أن يوقع البط (أي فتح الخراج) في أسفل موضع من الورم إن أمكن ذلك ليكون أسهل لسيلان المادة الى أسفل، وفي أرق موضع من الورم وأشده نتوءً.

فغر الرغامي Tracheaostomy

ما الفرق بين بضع الرغامي وفغر الرغامي؟

بضع الرغامي Tracheotomy: عملية تجرى لعمل شق في الرغامي.

فغر الرغامي Tracheostomy: تحويل الشق الذي عمل في حالة بضع الرغامي إلى فتحة في الجدار الأمامي للرغامي.

دواعي بضع الرغامي

١ - انسداد في المجري التنفسي العلوي.

٢ - تنبيب لمدة طويلة (أكثر من ثلاثة أسابيع) والحاجة إلى تنظيف رئوي.

٣- استنشاق مزمن (مثل حالة الشلل الحنجري).

٤ - وقائي قبيل العمليات الجراحية للقناة الهضمية التنفسية العلوية.

الطريقة Technique: تمد رقبة المريض وبعد ذلك يعمل شق أفقي في منتصف المسافة بين ثلمة القص والغضروف الحلقي (يمكن أن يستخدم الشق العمودي في الحالة الطارئة).

يستمر التسليخ إلى العضلات الشريطية ومن ثم تقطع على الخط الناصف. وبعد ذلك يحرك البرخ الدرقي إلى أعلى أو إلى أسفل أو يقطع بالكي أو يقطع ثم يربط بعد ذلك.

بعد كشف الرغامي (توضع غرزة خيط حرير على جانبي الرغامي في المنتصف وخاصة في الأطفال الصغار ليساعد ذلك في إدخال القنية).

بعد ذلك يعمل شق عمودي بين الحلقة الرغامية الثانية والثالثة ومن ثم يؤخذ الأنبوب الرغامي المزود ببالون ويدخل في فوهة الخزع وتخاط على الجلد، وقياس الأنبوب عند البالغين (٦-٨).



أنواع مختلفة من أنابيب فغر الرغامي

طريقة فغر الرغامي:



A
Horizontal skin incision midpoint between cricoid and suprasternal notch



B
Strap muscles exposed and separated in midline

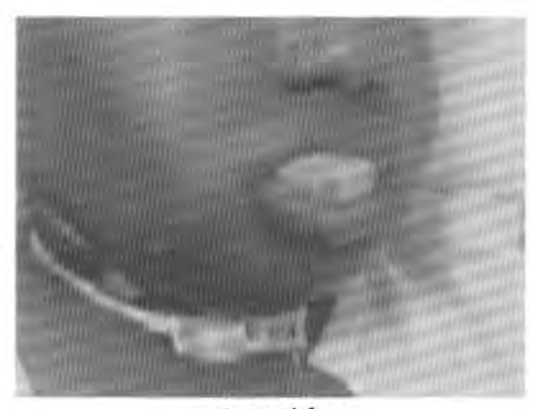


C
Expose thyroid isthmus, which is usually divided and ligated



D
Trachea exposed. Tracheotomy or tracheostomy is performed.

Tracheostomy procedure



عملية فغر الرغامي

بضع الرغامي عن طريق الجلد Percutaneous tracheostomy

يُعد إجراء حديثاً ويلقى قبولاً وخاصة من قبل اختصاصي التخدير وهو يشمل تمرير إبرة إلى تجويف الرغامي ومن خلال هذه الإبرة يمرر سلك دليل ومن ثم يمرر موسع وبإحجام مختلفة من خلال السلك حتى يمكن غرز أنبوب فغر الرغامي.



أدوات تستخدم في بضع الرغامي عن طريق الجلد

المضاعفات Complications

بما أن فوهة الخزع الآن تعد الطريق الرئيس للتنفس فإن أي شيء يتعارض مع هذا الطريق ربما يكون خطيراً.

المضاعفات: يمكن تقسيمها إلى مضاعفات تحصل أثناء العملية أو بعدها (مبكرة ومتأخرة).

مضاعفات أثناء العملية:

١ - النزف والذي يمكن التحكم به عن طريق الكي أو الربط.

٢ - أصابة قمتي الجنبة الرئوية مما يؤدي إلى استرواح الصدر. إذا كان بسيط يمكن مراقبته وإجراء سلسلة من أشعة الصدر أما إذا كان كبيراً فقد يحتاج إلى وضع أنبوب صدري.

٣- إصابة البنى المجاورة مثل الغضروف الحلقي والعصب الحنجري الراجع والشريان السباتي والوريد الوداجي والمريء.

٤- نفاخ جراحي تحت الجلد.

٥- إنصمام هوائي.

٦- إحداث طريق كاذب.

مضاعفات ما بعد العملية المبكرة:

١- النزف إذا كان بسيطاً يمكن التحكم به عن طريق الضغط أما إذا كان بسبب نزف أحد الشرايين الكبيرة فهذا يحتاج إلى استكشاف في غرفة العمليات بعد التنبيب.

٢- انسداد مجرى الهواء نتيجة إزاحة أو انسداد الأنبوبة بواسطة سدادة مخاطية وهذا يمكن تصحيحه بإعادة وضع الأنبوب أو مص السدادة بعد الإرواء با لمحلول الملحي.

٣- التهاب الجلد حول الأنبوب أو التهاب الرغامي.

٤- صعوبة البلع.

٥- نفاخ تحت الجلد أو استرواح الصدر.

٦- انخماص رئوي نتيجة غرز الأنبوبة إلى أبعد من جؤجؤ الرغامي.

٧- نوبات من انقطاع النفس وخاصة عند الأطفال الصغار لذا حاول تجنب استخدام المهدئ.

مضاعفات ما بعد العملية المتأخرة:

١- تضيق تحت المزمار.

٢- تلين الرغامي.

٣- النزف.

العناية بعد فغر الرغامي **Postoperative (tracheostomy) care**

١- يجب أن يحصل المريض على رعاية تمريضية في غرفة دافئة ورطبة وذات تهوية جيدة. ويجب أن يتخذ المريض وضعية الجلوس أما في حالة الأطفال فيجب التأكد من أن الدقن لا يسد فتحة التنفس لذلك يجب التأكد من أن رقبة الطفل ممتدة إلى الخلف قليلاً.

٢- ربما يحتاج المريض إلى خيمة الأوكسجين.

٣- يجب أن يتحرك المريض مبكراً بعد العملية لمنع حدوث ركود في الإفرازات في قاع الرئة ويساعد العلاج الطبيعي للصدر أيضاً في تنظيف القصبات.

٤- يجب تنظيف أنبوبة فغر الرغامي والرغامي بانتظام عن طريق استخدام قسطرة معقمة لمنع انسداد الأنبوبة بسدادة مخاطية أو بجلبة. أما بالنسبة للأنبوبة الداخلية فيجب إخراجها وتنظيفها كل أربع ساعات.

قال صلى الله عليه وسلم عن زيت الزيتون:
كلوا الزيت وادهنوا به، فإنه من شجرة مباركة. وأكدت الدراسات الحديثة أن زيت الزيتون من أفضل أنواع الزيوت.

٥- تجنب تغيير الأنبوبة إذا أمكن لمدة ٢-٣ أيام لأنه بعد هذه المدة يكون المسار قد تكون ومن ثم يمكن تغيير الأنبوبة بسهولة.

٦- يحتاج الأنبوب المكفف إلى تفريغ لمنع حدوث نخر انضغاطي على جدار الرغامي وحدوث تضيق في المستقبل.

٧- إذا كان هناك إحتمال حدوث التهاب في الصدر فيجب إعطاء مضاد حيوي لمنعه.

٨- يجب إبقاء أدوات فغر الرغامي كاملة بجانب سرير المريض.

٩- إذا كان المريض سيغادر إلى البيت بأنبوبة فغر الرغامي فيجب أن تكون العائلة قد دربت على تنظيف الأنبوبة والعناية بها.

١٠- انتزاع الأنبوبة: إذا كان سبب انسداد مجرى الهواء قد عولج، فيصغر مقاس الأنبوبة وبعد ذلك تقفل الأنبوبة أثناء النهار، ثم بعد ذلك لمدة ٢٤ ساعة، وبعدها تنزع الأنبوبة إذا تحمل المريض كل هذه الخطوات. أما بالنسبة لانتزاع الأنبوبة عند الأطفال فغالباً ما يصاحبها مشاكل بسبب تكون تورم تحت المزمار مع أو بدون تكون نسيج حبيبي ولذلك يجب إبقاء الطفل في المستشفى للملاحظة لبضعة أيام.

ملاحظات مهمة

١- من الأفضل عموماً وخاصة عند الأطفال أن يُعمل التنبيب بدلاً من بضع الرغامي (بالطرق الحديثة في الجراحة والتخدير إذا كنت تود القيام ببضع الرغامي ابدأ بالتنبيب ثم بعد ذلك فكر مرة أخرى).

٢- عندما تقوم ببضع الرغامي تأكد من أنك لم تصب من الغضروف الحلقي وحلقة الرغامي الأولي.

٣- التضيق تحت المزمار وتضيق الرغامي والتي تعد المضاعفات الوحيدة الكبري للتنبيب الرغامي طويل الأمد التي أصبحت الآن نادرة وأخف شدة.

ليس هنالك قيمة مادية في الأرض تعلو على قيمة الإنسان أو تهدر من أجلها قيمته، فالإسلام منهج صافٍ مباشر يُخاطب الكينونة الإنسانية مجتمعة ويوقظ فيها الفطرة النظيفة.

الشخير وانقطاع النفس النومي
Snoring and Sleep Apnea

تعريفات

الشخير Snoring

يحدث الشخير نتيجة انسداد جزئي في مجرى التنفس العلوي أثناء النوم وهذا يحدث ذبذبة في الحنك الرخو واللهاة واللوزتين والأعضاء ذات العلاقة. يدل الشخير عموماً على نوع من الانسداد ولذلك يجب أن لا يهمل.

انقطاع النفس النومي Obstructive sleep apnea

وهذا يحدث عندما يكون انسداد مجرى التنفس كاملاً. ويمتاز بشخير عالي الصوت مع نوبات من الصمت والتي خلالها يكافح المشخر من غير جدوى لكي يتنفس وبعد بضع ثوانٍ من الانسداد النومي يفتح مجرى الهواء بقوة شخيرية انتعاشية عالية ومن ثم يستمر التنفس. يصحو المريض جزئياً بحركة الجسم الكاملة. تعد لحظات

انقطاع النفس مرضية إذا استمرت أطول من عشر ثوانٍ وتكررت أكثر من سبع مرات في الساعة أو ٣٠ مرة في الليلة ويمكن تقسيم انقطاع النفس اليومي إلى:

١- مركزي - نتيجة عوز في نشاط الجهاز العصبي المركزي.

٢- محيطي - نتيجة انسداد كامل لمجرى الهواء.

٣- خليط (مركزي - محيطي).

التأثيرات

الشخير وانقطاع النفس النومي يكثر وبشكل كبير في الذكور منه في الإناث وخاصة بعد سن الثلاثين ويزداد حدوثه مع تقدم السن وزيادة الوزن.

المرضى الذين يعانون من صعوبات الشخير المتقدمة ربما يعانون من مشاكل اجتماعية ونفسية وجسدية خطيرة. وهي تشمل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية و تغيرات رئوية وربما يكونوا عرضة للإصابة بالموت المفاجيء.

قد يسبب الشخير الحرمان من النوم والذي يتداخل مع أداء الجهاز الحركي النفسي والقدرات الإدراكية وحالته الإنفعاليه وذلك بسبب النعاس المتزايد أثناء النهار.

أسبابه

ربما تكون منطقة انسداد مجرى الهواء في المناطق التالية:

أنفية

- انحراف الحاجز الأنفي.
- السليلات الأنفية.
- تضخم الناميات (منطقة البلعوم الأنفي).

بلعومي

- ضخامة اللسان.
- ارتخاء شراع الحنك.
- تضخم اللوزتين.

حنجري رغامي

- كيسات.
- أورام.
- وترة.
- تلين في الحنجرة والرغامي.

المعالجة

التاريخ المرضي

من الأهمية بمكان أخذ التاريخ المرضى الدقيق وخاصة عندما يؤخذ من شريك النوم والذي يستطيع وصف نموذج النوم المصاحب بفترات انقطاع النفس والتي طبعاً لن يكون مدركاً لها المريض نفسه. إنه لمن المساعد جداً أن نطلب من شريك النوم أن يسجل للمريض صوتاً أو بالفيديو وضعه أثناء النوم بحيث يمكن ملاحظتها وتقييمها بشكل أكثر موثوقية.

يجب سؤال المريض ما إذا كان ينتابه أي اعتلال أثناء النهار أو خمول مصحوباً بصداع في الصباح وتغير في الشخصية.

الفحص الإكلينيكي والاستقصاء

من الضروري القيام بفحص شامل للإذن والحلق والحنجرة والبحث عن مكان الانسداد في الأنف والبلعوم الأنفي والبلعوم الفموي والبلعوم السفلي. وهذا يشمل منظار أنفي صلب ومنظار أنفي بلعومي مرن.

دراسة للنوم: مخطط الحركات النومية ليلاً مفيدة جداً للتمييز بين انقطاع النفس الانسدادي والمركزي ولقياس تكرار ومدة فترات انقطاع النفس وهو أيضاً يعطينا بيانات مهمة عن التغيرات القلبية والرئوية والعصبية التي تحدث وقت حدوث انقطاع النفس أثناء النوم.

تعد الأشعة الجانبية للأنسجة الناعمة للبلعوم الأنفي مساعدة جداً لملاحظة أي تضخم في الناميات واللوزتين وقاعدة اللسان.

المعالجة

• معظم الشخير ليس خطراً حيث يمكن التقليل من مخاطره بتنظيم بسيط لنمط الحياة مثل إنقاص الوزن، والتغير في وضعية النوم وتجنب أدوية النوم والمهدئات. أما الأفراد الآخرون الذين يعانون من قصور في الغدة الدرقية فيمكنهم أخذ علاج معوض للغدة الدرقية والذي بدوره سوف يقلل من انسداد النفس أثناء النوم.

• المعالجة المكثفة للمرضى الذين يعانون من تحسس في الأنف أو سليلات أنفية سوف يساعدهم على التقليل من الانسداد الأنفي ومن ثم يتحسن التنفس.

• يمكن استخدام التهوية بالضغط الايجابي المستمر لبعض المرضى لمنع انخماص جدران البلعوم ولكن ربما يصعب تحمل هذه الطريقة عند بعض المرضى وذلك بسبب الإزعاج المصاحب له.

• إن جهاز حجز اللسان مفيد وهو عبارة عن بديلة سنية مطورة والتي تثبت الفك السفلي واللسان إلى الأمام أثناء النوم.

• يمكن استخدام الطرق الجراحية لإعادة بناء مجرى الهواء والتي أصبحت بدائل قيمة للطرق الغير الجراحية. وتشمل هذه الطرق الجراحية إزالة الناميات واللوز، تعديل الحاجز الأنفي، جراحة المحارة، استئصال السليلات الأنفية، رأب الحنك بواسطة الليزر، رأب اللهاة والبلعوم والحنك، تقديم الفك السفلي واللامي، استئصال لساني تصغيري... إلخ.

• يعد بضع الرغامي من الحلول البعيدة والتي يمكن عملها في حالات نادرة وخاصة تلك التي لم تستجيب للطرق الأخرى.

• أما المرضى الذين يعانون من انقطاع النفس النومي المركزي فيجب تحويلهم إلى اختصاصي المخ والأعصاب لأخذ الراي والعلاج.

نقاط مهمة

١- عليك أن تتذكر بأن كل المرضى المصابين بانقطاع النفس النومي يشخرون ولكن ليس كل المشخرين لديهم انقطاع النفس النومي.

٢- من أسباب الشخير السمنة والتدخين وإنسداد الأنف وبعد سن اليأس وقصور الغدة الدرقية وانحسار الفك السفلي.

٣- تقريباً حوالي ٢٥٪ من الذكور و١٥٪ من الإناث عادة ما يشخرون وهذه النسبة تزيد مع تقدم العمر والسمنة تناول الكحول والتدخين.

٤- معظم الأطفال الذين يعانون من انقطاع النفس النومي سوف يستفيدون من استئصال اللوزتين والناميات.

٥- عدم علاج انقطاع النفس النومي له مضاعفاته الخطيرة مثل فرط التوتر الرئوي وخلل قلبي وقلب رئوي وفرط النعاس وقلة التركيز والتي قد تؤدي إلى حوادث خطيرة.

٦- ينصح ويوصى بتغير ايجابي في طريقة الحياة مثل إنقاص الوزن والتقليل من تناول الكحول والتدخين قبل التفكير في أي تدخل جراحي لحل هذه المشكلة.





الصداع والآم الوجه

Headache and Facial Pain

إن تعريف الألم الذي صدر عام ١٩٨٦م من قبل الجمعية العالمية لدراسة الألم هو كالتالي:

«الألم هو تجربة حسية أو انفعالية غير سارة تترافق مع أذية نسيجية فعلية أو كامنة يعبر عنها على حسب الأذية أو الضرر».

إن حوالي ٥٠٪ من حالات الصداع والألم الوجهي لم تعط تشخيصاً محدداً وإنه من الضروري أن تقضي وقتاً كافياً مع المريض للحصول على تاريخ مرضي جيد ودقيق والأسئلة المهمة التي يجب أن تسأل عنها هي:

١- أين يوجد الألم وهل ينتقل إلى مناطق اخرى؟
٢- هل هو عميق أو سطحي؟
٣- هل الألم مستمر أو متقطع؟
٤- ما هو وقت بداية النوبات؟
٥- ما هو تكرار النوبات؟
٦- كيف هي شدة الألم وهل يتقدم في الشدة؟
٧- كم تستمر كل نوبة (دقائق، ساعات أو أكثر)؟
٨- ما هي العوامل المحفزة للألم؟
٩- ما هي العوامل المخففة للألم؟
١٠- هل يصاحبه أي أعراض أخرى؟
١١- ما هو تأثير الألم على حياته اليومية وعلى نومه؟
١٢- ما هو العلاج الذي استخدمه وماذا كانت نتيجته؟

قال الشاعر

زعم الطبيب بأن بالصهباء	**تشتد أعصابي ويُحسم دائي**
فرفضتها وأنا المريض ولم أكن	**لأريد بالخمر الحرام دوائي**
آمنت أن الله لم يجعل لنا	**فيما نهانا عنه أي شفاء**
آمنت أن الله سوف يُقيمني	**من علتي فبه عقدت رجائي**
وبحرمة الله التي عظمتها	**تشتد أعصابي ويبرأ دائي**

تصنيف الصداع طبقاً للجمعية العالمية للصداع **Classifications of Headache**

١- صداع الشقيقة.
٢- صداع التوتر.

٣- صداع عنقودي.

٤- صداع متنوع (لا يصاحبه سبب عضوي).

٥- صداع انتقالي نتيجة لأسباب في الرقبة، العيون، الأذن، الأنف والجيوب الأنفية، الأسنان أو الفم.

٦- ألم عصبي قحفي.

٧- صداع مصاحب لرضح في الرأس، اعتلال وعائي، مرض لا وعائي داخل القحف، مخدرات أو الانقطاع عنها، عدوى لا مخية أو اعتلال استقلابي.

٨- صداع غير مصنف (ألم الوجه اللانمطي).

الصداع وألم الوجه ذو العلاقة بأمراض الأنف والأذن والحنجرة

Headache or facial pain related to ORL lesions

١- التهاب الأنف والجيوب الأنفية الحاد أو المزمن.

٢- التهاب الأنف التحسسي.

٣- بعد حدوث كسر في عظمتى الأنف أوالصدغ.

٤- أورام الجيوب الأنفية.

٥- سرطان البلعوم الأنفي.

٦- إنتان ورضوح أو ورم أذني المنشأ.

٧- إنتان ورضوح أو ورم حنجري.

زوجة تقول لزوجها:

العسل سبعة أنواع:

أصلي مثل أخلاقك

أبيض مثل قلبك

غالي مثل قيمتك

نادر مثل وجودك

يشفي مثل شوفتك

حلو مثل بسمتك

يدوم للأبد مثل محبتك

الرضوح في الأنف والأذن والحنجرة
Trauma in ORL

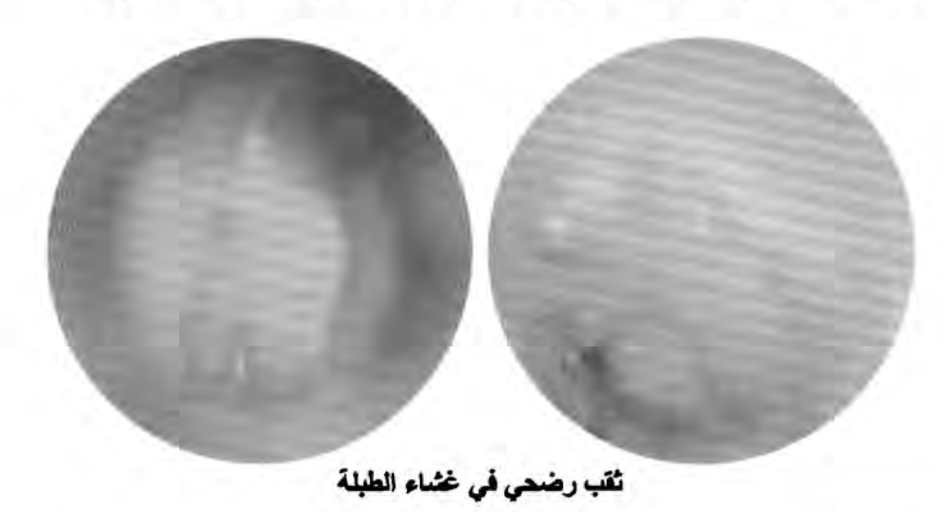
وهذا يشمل الرضوح المباشرة واللامباشرة للأذن والأنف والحلق والرأس والرقبة والأجسام الغريبة في الأنف والأذن والحنجرة.

ثقب غشاء الطبلة Tympanic Membrane Perforation

ربما ينتج ثقب الطبلة نتيجة إصابة مباشرة أو غير مباشرة وغالباً ما تكون حافة الثقب غير منتظمة. وفي الغالب ما يأتي المريض بتاريخ مرضي عن ألم عابر وقت حدوث الثقب بعد ذلك يشعر بضعف سمع مع أو بدون نزف من الأذن. وأهم خطوة في معالجة هذه الحالة هي:

أن تتركها Leave it alone

بمعنى لا تحاول تنظيفها ولا تضع فيها أي نقط ولا تقم بحقن الماء فيها وذلك لأنه في الغالب أن كل الثقوب الناتجة عن إصابة تلتئم تلقائياً وبسرعة (أربعة أسابيع) إذا لم يحدث إنتان أما إذا كان هناك دليل على وجود إنتان فيجب إعطاء المضاد الحيوي.



ثقب رضحي في غشاء الطبلة

من الأمثال الشعبية في مكة المكرمة
• روح يا ناكر خيري بكره تشوف زماني من زمن غيري
• قلبي على ولدي انفطر وقلب ولدي على الحجر

ورم دموي أذني Auricular hematoma

يتنج عموماً عن رضح كليل للأذن. وسبب ذلك هو تجمع الدم بين الغضروف والسمحاق. يجب تصريف الورم الدموي ويجب أن تغطى الأذن بعصابة ضاغطة معقمة كما يجب أن يُعطى المريض مضاداً حيوياً ضد البكتيريا العنقودية ومسكناً قبل خروجه من المستشفى ويتابع بعد أسبوع لإزالة العصابة.

إن إمداد الغضروف بالدم يأتي من السمحاق لذلك الفشل في تصريف الورم الدموي سوف يؤدي إلى نقص التروية ومن ثم نخر في الغضروف مع حصول تليف وتشوه أذني (أذن قنبيطية).



أذن قنبيطية



ورم دموي أذني

> **هل التدخين يساعد على التفكير؟!**
>
> يتوهم بعض الناس أن التدخين قد يساعدهم على التفكير، فهل هذا صحيح؟؟!
>
> أكدت الأبحاث العلمية أن سرعة التعب وعدم القدرة على التركيز لدى المدخنين أكثر من غيرهم لتأثير التدخين على الجهاز العضلي والجهاز العصبي. إن أول أكسيد الكربون في الدخان يفسد التوازن الكيميائي للدم فيؤثر على خلايا المخ والتي تحتاج في نشاطها إلى صفاء الدم المؤدي إلى صفاء التفكير.

شلل عصب الوجه Facial Nerve Palsy

شلل عصب الوجه ربما ينتج من تدخل جراحي أو بسبب غير جراحي. عمليات جراحة الأذن والغدة النكافية ربما تؤدي إلى إصابة مباشرة لعصب الوجه. إذا شمل شلل عصب الوجه كل فروعه فهذا يعني أنه محيطي أما إذا كانت الجبهة سليمة فهذا يدل بأنه مركزي وذلك لأن عضلات الجبهة لها تمثيل ثنائي الجانب في قشرة الدماغ.

يقسم شلل عصب الوجه إلى ست درجات. الدرجة الأولى يكون طبيعياً أما الدرجة السادسة فيكون شللاً كاملاً.

في حالة شلل عصب الوجه سواء كان نتيجة رضح أو غير رضحي فلا بد من الإجابة على الأسئلة التالية:

١- هل السبب إصابة عصبون حركي علوي أو عصبون حركي سفلي؟

٢- هل الشلل كامل أو جزئي؟

٣- هل يوجد أعراض أو علامات عصبية أخرى مصاحبة؟

٤- هل الأذن طبيعية؟

٥- هل هنالك تاريخ مرضي عن إصابة حصلت في الأذن والوجه أو الرأس حديثاً؟

٦- هل الغدة النكافية طبيعية؟

رضوح العظم الصدغي Temporal Bone Trauma

تمثل كسور عظمة الصدغ حوالي ٢٠٪ من مجمل كسور عظمة الجمجمة وهذه الكسور على نوعين إما طولية (٧٠-٩٠٪) وإما عرضية (١٠-٢٠٪).

وربما يصاحب هذه الكسور التالي:

١- تفرق اتصال عظمي للقناة السمعية الخارجية.

٢- ثقب في غشاء الطبلة.

٣- تجمع دموي في تجويف الأذن الوسطى.

٤- تمزق في سلسلة عظيات الأذن الوسطى.

٥- ثر أذني بسبب السائل النخاعي.

٦- ضعف سمعي حسي وعصبي أو توصيلي.

٧- دوار.

٨- شلل في عصب الوجه.

يا رب
ارحم ضعفي وذلي بين يديك
واجعل في قلبي نوراً اهتدي به إليك

نقص السمع بسبب الضجيج Noise –induced Hearing Loss

عبارة عن ضعف سمعي حسي عصبي نتيجة التعرض لصوت تفجرٍ حاد أو تعرض مزمن للضجيج وهو أما أن يكون مؤقتاً أو دائماً.

الإسهام الأذني Ototoxcity

هبوط جزئي أو حاد في وظيفة التوازن والسمع تسببها بعض الأدوية مثل (أمينوجلايكوسيد والمدرات والسالسيلات والأدوية السامة للخلايا وحاصرات بيتا وأدوية الصرع والكوينين) حيث يؤدي تفاعل هذه الأدوية إلى التأثير على القوقعة أو عصب القوقعة أو الدهليز أو العصب السمعي.

كسور الأنف Nasal Fracture

هذه الكسور غالباً ما تكون نتيجة العراك وحوادث السيارات والرياضة أو إصابات العمل.

الأعراض

١- تشوه أنفي.

٢- انسداد أنفي.

٣- رعاف.

٤- تهتك داخلي أو خارجي.

٥- كدمة / تورم.

٦- ورم دموي في الحاجز الأنفي.

٧- نفاخ تحت الجلد.



اللهم الطف بنا فيما جرت به المقادير

المعالجة

١- في الغالب لا نحتاج إلى عمل أشعة (ما عدا في حالات الطب الشرعي) وذلك لأنه إذا كان هناك كسرٌ مع تبدل للعظم فإن ذلك سوف يكون واضحاً من غير أشعة أما إذا كان هنالك كسر ولكن العظم في مكانه فلا يحتاج إلى أشعة لأن ذلك لن يغير في المعالجة.وكذلك الأشعة لا يمكن أن تميز بين الكسر القديم والكسر الحديث وعلى العموم فإن المعاينة والجس هما الطريقة الأفضل لتشخيص كسور الأنف.

٢- الرعاف المصاحب وقت حدوث الكسر يجب معالجته أولاً مع أنه دائماً محدود ذاتياً.

٣- رد الكسر المثالي يكون خلال ثلاث ساعات بعد الإصابة أما إذا تعسر عمله خلال هذه الفترة فيجب رد الكسر بعد ٥-٧ أيام وذلك لكي يخف التورم.

٤- يجب تصريف الورم الدموي في الحاجز الأنفي وتوضع حشوة أنفية ويعطى المريض مضاداً حيوياً ومسكناً. إن الفشل في معالجة هذه الحالة بدقة وعجلة ربما يؤدي إلى خراج في الحاجز الأنفي ويمكن أن يتطور ذلك إلى ثقب في الحاجز الأنفي أو أنف سرجي نتيجة نخر في الغضروف.



ورم دموي في الحاجز الأنفي



أشعة تبين كسر في عظمة الأنف

سيلان السائل الدماغي الشوكي من الأنف **CSF Rhinorrhea**

تسبب الحوادث حوالي ٨٠ ٪ من كل الحالات وربما يحدث بعد جراحة في داخل قحف أو جراحة أنفية. وأفضل طريقة للاستقصاء هي عمل رحلان كهربي للتعرف على مادة (B2Transferrin) ومعظم الحالات الناتجة عن الإصابات تلتئم ذاتياً دون الحاجة إلى تدخل وهذا ينطبق على سيلان السائل الدماغي الشوكي من الأذن.

قال سيد الخلق وحبيب الحق صلى الله عليه وسلم
«ما يُصيب المؤمن من نصب ولا وصب ولا هم ولا غم ولا حزن ولا أذى حتى الشوكة يُشاكها إلا كفّر الله بها من خطاياه» رواه البخاري

رضوح حنجرية Laryngeal Trauma

تعد ثاني أهم سبب للوفاة في حالات إصابات الرأس والرقبة (حيث تعد الرضوح داخل القحف الأولى).

غالباً ما تكون إصابة كليلة وربما تكون إصابة نافذة. ولمعالجة هذه الحالات يجب عليك اتباع الخطوات التالية (ABCs) (حيث A التأكد من أن مسلك الهواء مفتوح B تقييم التنفس وC تقييم الدورة الدموية. كن جاهزاً لعمل بضع طارئ للرغامي إذا ما تدهور التنفس.

العلاج بالملاحظة لإصابة الحنجرة يجب أن يشمل المراقبة في وحدة الرعاية المركزة والراحة في السرير رفع رأس السرير وإعطاء هواء رطب وراحة للصوت.

يجب تجنب إعطاء المهدئات ويمكن إعطاء المضاد الحيوي كوسيلة وقائية.

ابتلاع المواد الحارقة Caustic Ingestion

في الغالب يحدث هذا كحادث عرضي عندما يبتلع الأطفال مواد التنظيف ولكن في البالغين قد تحدث بغرض الانتحار.

يجب التركيز على أن يكون مجرى الهواء سالكاً والتنفس طبيعياً والدورة الدموية طبيعية مع التركيز على إحتمال حدوث انسداد في مجرى الهواء.

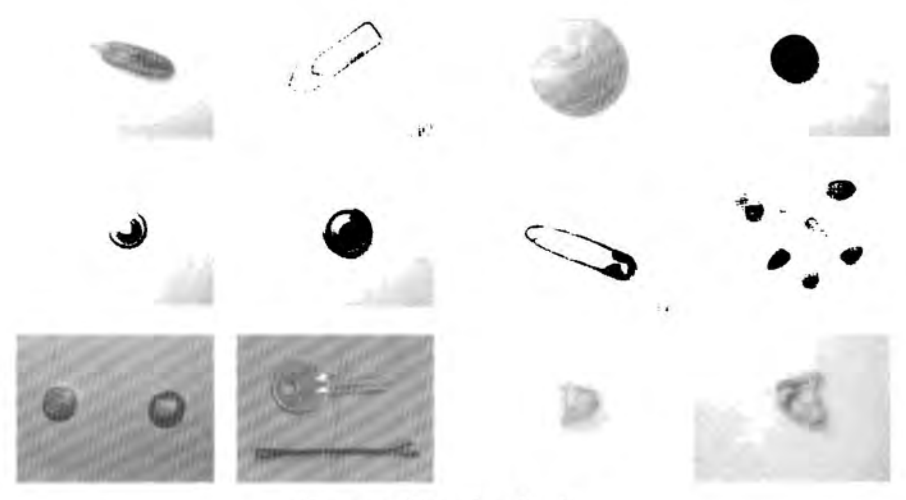
المعالجة تكون على حسب نوع المادة التي أُبتلعت وعلى نتائج فحص المنظار.

> **قال ابن سينا**
>
> **قد نفرق بين القرحة الكائنة في المريء والكائنة في فم المعدة، فالكائنة في المريء يحس الوجع فيها خلف الكتفين وفي العنق الى أوائل الصدر، وأما الكائنة في فم المعدة فيدل عليها أن الوجع يكون أسافل الصدر أوأعالي البطن ويكون أشد.**

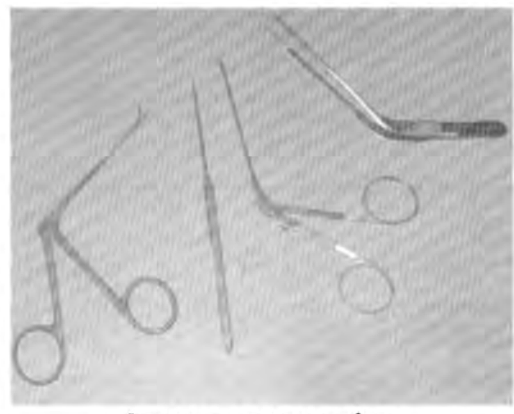
الأجسام الغريبة في الأنف والأذن والحنجرة
Foreign Body in ORL Practice

تعد الأجسام الغريبة في الأذن والأنف والبلعوم والرغامي والمريء أكثر انتشاراً في الأطفال منها عند البالغين ويمكن أن تكون في حضور شاهد عيان أو مشكوك في

حدوثها. أما شكوى المريض فتعتمد على المكان والحجم وطبيعة الجسم الغريب ولكن من النادر أن تكون حالته قاتلة.



Types of foreign bodies



Instruments used to remove FB



X-ray showing FB in the esophagus

أنواع من الأجسام الغريبة

المعالجة

لا تنسى (مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية).

هل هي حالة طارئة؟ هل التنفس في خطر؟

ما هي الأداة التي تريد استخدامها؟ هل لديك المهارة؟

هل المريض متعاون؟ أو يحتاج إلى تخدير عام؟

هل سوف تقوم بتروية للجسم الغريب الذي منشأه نباتي؟

المضاعفات

١- انسداد في مجرى الهواء وسعال وصرير.

٢- إنتان: إنتان قناة الأذن الخارجية، إنتان الأذن الوسطى، إنتان الأنف، إنتان الجيوب الأنفية، إنتان رئوي أو إنتان المنصف.

٣- الإخفاق في اكتشاف الجسم الغريب.

٤- ثقب: الحاجز الأنفي، غشاء الطبلة أو ثقب في المريء.

٥- استرواح الصدر.

٦- تضيق في المريء.

ملاحظات مهمة

١- أول وأهم خطوة في علاج رضوح الرأس والرقبة هي تأمين مجرى الهواء.

٢- في حالة رضوح الرأس والرقبة يجب التأكد من عدم وجود إصابات الحبل الشوكي الرقبي والجمجمة والعينين مع عمل الاستشارات اللازمة إذا احتاج الأمر لذلك.

٣- عليك أن تتذكر أمراً أساسياً جداً وهو أنه يجب عليك ألا تحاول إزالة الجسم الغريب مالم يكن لديك الخبرة والأدوات اللازمة لذلك كما يجب أن يُزال الجسم الغريب تحت الرؤية المباشرة.

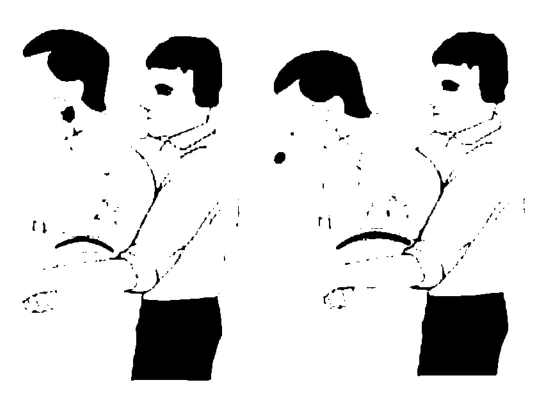
٤- يجب تجنب التروية في حالة كان الجسم الغريب نباتي لأن ذلك سوف يؤدي إلى تورم الجسم الغريب مما يجعل عملية إزالته صعبة.

٥- تعد القطع المعدنية أكثر الأجسام الغريبة التي تبتلع وتعد المنطقة خلف الغضروف الحلقي أكثر منطقة تنحشر فيها العملة.

٦- عادة لا يظهر عظم السمك في الأشعة لذلك يعد المنظار الليفي البصري الطريقة الأمثل للتشخيص والإزالة. إن عظم السمك غالباً يلتصق في اللوز وقاعدة اللسان أو البلعوم السفلي.

٧- بعد إزالة الجسم الغريب يجب أن تفحص المنطقة مرة أخرى لأن هنالك احتمال وجود أكثر من جسم غريب في بعض الحالات.

٨- مناورة هيملنج تعد مناسبة في حالة انسداد الحنجرة بجسم غريب.



مناورة هيملنج

٩- ربما نحتاج في حالات نادرة إلى بضع الرغامي.

١٠- يجب أن تأخذ بعين الاعتبار إمكانية حصول مضاعفات عند استخراج الجسم الغريب لذلك يجب أن تكون مستعداً وقادراً على معالجتهم، وإلا حول المريض من البداية إلى اختصاصي أنف وأذن وحنجرة قادر على ذلك.

١١- يعد شلل عصب الوجه مجهول السبب، (شلل بيل) أكثر أسباب شلل الوجه. وبالرغم من ذلك يشخص بالاستبعاد. حوالى ٩٠٪ من حالات شلل عصب الوجه الجزئي سوف يعود إلى وضعه الطبيعي خلال ٣-٤ أسابيع. إن شلل عصب الوجه يعزى إلى وجود مشكلة في الأذن أو الغدة النكافية حتى يثبت عكس ذلك. حماية العين من أهم الخطوات في المعالجة المبكرة لشلل عصب الوجه.

قالوا في الأمثال الشعبية المكاوية

- **كلام الليل مدهون بزبدة يطلع عليه النهار يسيح**
- **تي تي تي تي زي ما رحتي زي ما جيتي «معناه الخيبة في مسعاه»**

علم الأورام في الأنف والأذن والحنجرة
ORL Oncology

تعريفات

ورم **Neoplasm**: يعني تكاثر في الخلايا وتكوين كتلة وهو إما حميد وإما خبيث.

كشم **Anaplasia**: تغير في الخلايا أو الأنسجة إلى نوع أقل علاوة في التمايز.

مكون النسيج الليفي **Desmoplasia**: نسيج ضام تفاعلي نتيجة الورم.

خلل التنسيج / ثدن **Dysplasia**: تغير يؤثر في حجم وشكل وعلاقة توجهية.

فرط التنسيج **hyperplasia**: زيادة في عدد الخلايا لكل وحدة من الأنسجة أو العضو الاصل.

حؤول **Metaplasia**: تغير في نوع واحد من الخلايا البالغة أو الأنسجة إلى أنسجة أو خلايا أخرى.

الأورام في الأنف والأذن والحنجرة تتكون من أي أنسجة في المناطق التالية: (الجلد، الأنسجة تحت الجلد، العضلات، الأعصاب، الأوعية الدموية والعظام، الغضاريف، الأحشاء الرقبية (والتي تشمل البلعوم، المريء أو الحنجرة) الدرقية وجارات الدرقية، الغدد اللعابية، العقد اللمفية أوبقايا جنينية) وهذه الأورام يمكن أن تكون حميدة أو خبيثة.

الأعراض

أهم النقاط في التاريخ المرضي والتي تعتمد على المنطقة المتأثرة هي:

أ) الأذن.

ب) الأنف والجيوب الأنفية.

ج) الحلق بما في ذلك التجويف الفموي والبلعوم والحنجرة.

د) الرأس والرقبة.

نقاط مهمة في الفحص السريري:

أ) حجم وامتداد الورم الأولي.

ب) وجود نقيلة (ناحي: نقيلة في الرقبة أو نقيلة بعيدة: الكبد والرئة).

ج) طبيعة الورم الأولي والثانوي.

د) تصنيف الورم الأولي والثانوي. وهذا أمر مهم لكي تنصح مريضك حول أفضل الخيارات العلاجية وفرصة البقاء، النظام المستخدم يسمي نظام (TNM) حيث تعني T الورم الأولي وتعني N عقد لمفية ناحية و M نقيلة بعيدة. معيار T يختلف بحسب مناطق الرأس والرقبة.

تشمل طرق الاستقصاء ما يلي:

١ - الأشعة للورم الأولي وللنقيلة أو ورم ثاني أولي وهذا يشمل أشعة الصدر من أجل (النقيلة أو وجود ورم أولي ثاني في الرئة) والتفرس المحوري المحسوب وأشعة الرنين المغناطيسي والأشعة فوق الصوتية.

٢ - التنظير الداخلي وهذا يشمل تنظير الحنجرة والرغامي والمريء وذلك للبحث عن ورم أولي غير معروف ولديه نقيلة في العقد اللمفية أو ورم أولي أو البحث عن ورم أولي ثاني.

٣- خزعة نسيجية للتوصل للتشخيص.

٤ - خزعة بالإبرة الرفيعة.

المعالجة

١ - الاستئصال الجراحي.

٢ - المعالجة الإشعاعية.

٣- المعالجة الكيميائية.

٤ - توليفة من الطرق الثلاث السابقة.

نقاط مهمة

١ - حوالي ٩٠٪ تقريباً من أورام الرأس والرقبة هي عبارة عن سرطانة حرشفية الخلايا.

٢ - على العموم الأورام الصغيرة وبدون نقيلة تعالج بشكل جيد بينما الأورام الكبيرة والتي لديها نقيلة نتائج علاجها سيئة.

٣- بشكل عام ورم من الدرجة الأولي والثانية يستجيب وبشكل جيد للعلاج بالجراحة أو العلاج الإشعاعي وكلاهما يعطي نتائج جيدة.

٤- إذا كان هنالك نقيلة للورم للرئة أو الكبد فإن دور الجراحة يظل محدوداً فقط كملطف.

٥- العلاج الكيميائي يبدو أنه يتآزر مع العلاج الإشعاعي وقد أصبح مساعداً مهماً في علاج أورام الرأس والرقبة.

٦- المرضى البالغين المصابين ببحة في الصوت لمدة أكثر من ٣-٤ أسابيع يجب تحويلهم إلى اختصاصي أمراض الأنف والأذن والحنجرة لاستبعاد ورم بالحنجرة.

٧- لا تنسى بأن ألم الأذن الانعكاسي ربما يكون الشكوى الأولي الدالة على وجود ورم في البلعوم أو الحنجرة.

٨- التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي أحادي الجانب في مريض بالغ هو دليل على وجود سرطان في البلعوم الأنفي حتى يثبت عكس ذلك.

٩- دليل الشك العالي على وجود ورم من قبل الطبيب قد يكون منقذاً لحياة المريض إذا ما تم تشخيص الورم مبكراً.

علم الأشعة في الأنف والأذن والحنجرة

ORL Rdaiology

طرق الأشعة المتوفرة في أمراض الأنف والأذن والحنجرة تشمل الآتي:

١- الصورة الإشعاعية البسيطة.

٢- دراسة التباين (باستخدام المادة الظليلة).

٣- تفرس مقطعي محسوب (الأشعة المقطعية).

٤- أشعة الرنين المغناطيسي.

٥- الأشعة فوق الصوتية.

فلم بسيط plain Film

من النادر استخدامه لغرض التشخيص نتيجة ازدياد استخدام طرق إشعاعية تشخيصية معقدة مثل التفرس المقطعي المحسوب والأشعة المغناطيسية.

ولكن ربما تستخدم أفلام الأشعة البسيطة في مثل حالات التهاب الجيوب الأنفية الحاد ومنظر جانبي للأنسجة الرخوة للرقبة من أجل تقييم حجم الناميات والأجسام الظليلة وعندما لا تتوفر أشعة التفرس المقطعي المحسوب أو أشعة الرنين المغناطيسي.

أشعات للجيوب الأنفية



منظر قذالي ذقني

منظر قذالي أمامي

منظر جانبي

الأشعة بالصبغة Contrast Study

جرعة باريوم لتشخيص الرتج البلعومي ووترة بلعومية أو فرط تصنع العضلة الحلقية البلعومية. رتق قمع الأنف يمكن أن يوضح عن طريق الصبغة.

أشعة التفرس المقطعي المحسوب Computerized Tomography (CT Scan)

تعطينا تصوير رائع جداً للأجزاء العظمية والأنسجة الرخوة للرقبة والرأس مقارنة بالأشعة البسيطة. كذلك تزودنا بمعلومات تشريحية للمرض وتوضح امتداد

الالتهابات في الأنف والجيوب الأنفية والأذن الوسطى والرأس والرقبة. أيضاً تظهر لنا انتشار كتلة من الأنسجة الرخوة إلى الأجزاء المجاورة مثل الحجاج أو داخل القحف.



أشعة مقطعية للجيوب الأنفية



جهاز الأشعة المقطعية

أشعة الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging (MRI)

تمدنا بتصوير متفوق لدرجة كبيرة وخاصة الأنسجة اللينة في أي اتجاه تصويري. وربما تساعد على التمييز بين الأورام والإفرازات المحتبسة. تظهر الانتشار إلى داخل القحف وداخل الحجاج.

الأشعة فوق صوتية Ultrasound

تعد مفيدة جداً لتقييم أي ورم في الرقبة والغدة الدرقية والغدد اللعابية.

ملاحظات مهمة

١ - يوجد هنالك ثلاثة مبادئ أساسية عند قراءة أي نوع من الأشعة هي:

أ) التأكد من إسم المريض.

ب) تاريخ الأشعة.

ج) انظر إلى اتجاه الأشعة - اليمين مقابل اليسار.

٢- يجب علينا التمييز بين أربعة أنواع من كثافة الأشعة (الهواء - الدهن - الماء - العظم).

تذكر المبدأ الأساسي الجيد عند وجود تركيبين متجاورين لهما نفس كثافة الأشعة فإن الفاصل بينهما يكون غير واضح.

٣- يجب دراسة كل نوع من الأشعة (الأشعة البسيطة والتفرس المحوري المحسوب) بشكل واضح للتعرف على الاختلافات التشريحية الشائعة وتمييزهم عن المرض الحقيقي.

٤- المقطع الجبهى لأشعة التفرس المقطعي المحسوب تعد الأفضل لإظهار المركب العظمي الصماخي أما المقطع المحوري فيعد الأفضل في تقييم الجيب الجبهي والحجاج.

٥- التنظير الأنفي يساعدنا على إضافة معلومات جيدة لتلك التي تعطينا إياها أشعة التفرس المقطعي المحسوب في تقييم أمراض الجيوب الأنفية.

٦- يجب عمل أشعة التفرس المقطعي المحسوب بعد أن يتم علاج المريض وبشكل جيد (ما عدا الحالات الطارئة) وذلك لأن الأشعة لاتميز بين كثافة الجيوب بسبب نزلة برد أو إنتان الجيوب الأنفية الجرثومي.

٧- تذكر بأن تقرأ الأشعة بشكل دقيق وصحيح كما أنه من المهم جداً أن تفحص عدة مرات بعناية وبشكل منظم.

قال الشاعر

لكل شيء إذا ما تم نقصان ... فلا يُغرّ بطيب العيش إنسان

وهذه الدار لا تُبقي على أحد ... ولا يدوم على حال لها شان

هي الأمور كما شاهدتها دول ... من سره زمن ساءته أزمان

الليزر في أمراض الأنف والأذن والحنجرة

Laser in ORL

الليزر عبارة عن طاقة ضوئية تمتلك مواصفات فريدة وأنواع متعددة من التطبيقات.

معنى كلمة ليزر (تضخيم الضوء بالإصدار المحثوث للأشعة).

طريقة عمله: يسمح الليزر بتخريب دقيق أو إزالة الأنسجة، وإرقاء دوران الأوعية الدموية الدقيقة (التحكم بالأوعية الدموية التي قطرها يصل ٠,٥مم) والحفاظ على الأنسجة المجاورة وكذلك تقليل التورم بعد العملية.

أنواع الليزر:

١ - ليزر ثاني أكسيد الكربون.

٢- KTP .

٣- Nd-YAG .

٤ - Argon .

الأمان والحذر: توجد مضاعفات خطيرة من استخدام الليزر لذلك استخدامه يحتاج إلى حذر. يوجد بعض المحاذير والتي تشمل الجراح واختصاصي التخدير والمريض وبقية الأعضاء والبيئة.

١ - استخدم غاز تخدير غير قابل للاشتعال.

٢ - حدد نسبة الأكسجين بحد أقصى ٤٠ ٪.

٣- الأنبوب داخل الرغامي يجب أن يكون من المعدن أو مغطى وذلك لوجود احتمال انفجار بسبب استخدام غازات المخدر الطيارة.

٤ - انفخ كفة الأنبوبة بالماء بدلاً من الهواء.

٥- كل العاملين في غرفة العمليات يجب أن يرتدوا نظارات واقية أما عيني المريض فيجب تغطيتها بوسادة ذات طبقتين ومبللة بالماء.

٦- كل أجزاء المريض المكشوفة في حقل العملية يجب تغطيتها بماسحات مبللة لمنع الحروق.

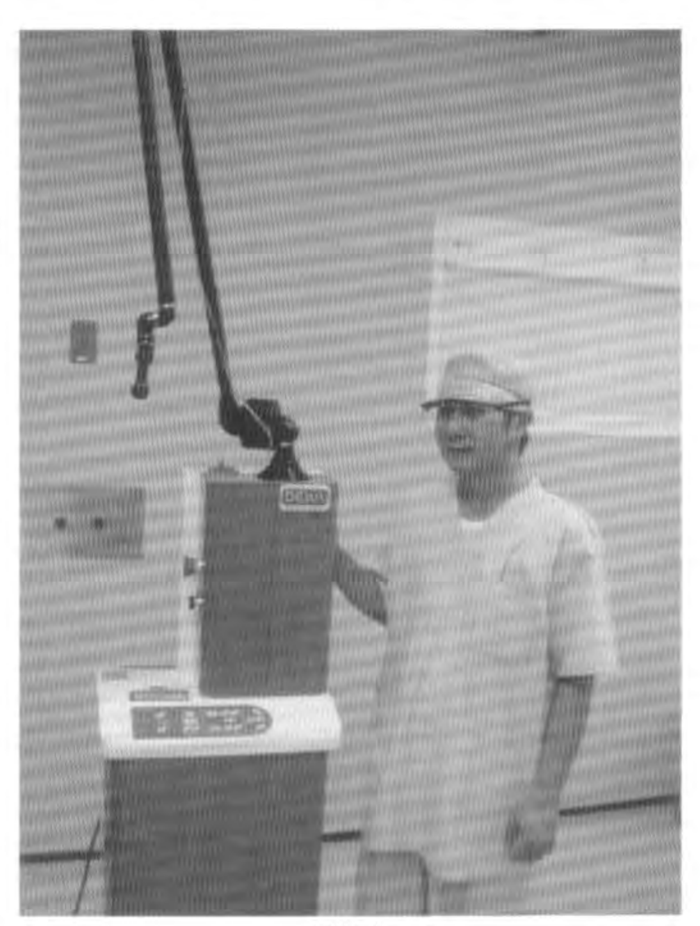
٧- يجب استخدام علامات التحذير لتنبيه أي شخص يود الدخول إلى غرفة العمليات.

التطبيق الإكلينكي في أمراض الأنف والأذن والحنجرة

١ - الأذن: في عملية تصنيع الركاب وفي بضع الطبلة.

٢- الأنف: الكي الخطي للمحارة السفلى واستئصال المحارة وإزالة أمراض الغشاء المخاطي الحميد المبطن للأنف ومعالجة توسع الشعيرات الوراثي ورتق قمع الأنف الغشائي.

٣- الحلق: لإزالة اللوز اللسانية وقطع اللسان وإزالة الطلوان. أمراض الحنجرة مثل إزالة الورم الحليمي والسليلات والعقيدات وقطع الوترة الحنجرية وتضيق تحت لسان المزمار ووسرطان المزمار المبكر.



جهاز الليزر

التخدير في الأنف والأذن والحنجرة
Anestehesia in ORL

التخدير إما أن يكون موضعياً وإما أن يكون تخديراً عاماً. التحضير الدوائي قبل التخدير للتقليل من القلق ولخفض احتمال حدوث الغثيان والتقيؤ.

ربما نحتاج إلى التخدير الخافض لضغط الدم في بعض العمليات للإقلال من النزف وتقليل كمية الدم المفقود. إن تقييم ما قبل العملية خطوة مهمة جداً من أجل سلامة المريض وهنالك بعض الفحوصات الاعتيادية التي يجب عملها لكل المرضى وهنالك أخرى لمرضى معينين فقط.

التخدير الموضعي ينتج تخديراً ناحياً قابلاً للعكس في إرسال الاندفاع على طول ألياف العصب. مضاعفات التخدير الموضعي ربما تكون على شكل سمية أو تفاعل تحسسي.السمية تعتمد على الجرعة وعلى سرعة حقن الدواء إلى الدورة الدموية. أما التخدير الموضعي الذي يعطى معه مضيق للأوعية الدموية مثل الأدرينالين فيمكن تحمله حتى بجرعات عالية وذلك لأن مضيق الأوعية الدموية سوف يحد من امتصاصه ومن ثم يقلل سميته والنزف أثناء العملية ويطول فترة عمله.

نقاط مهمة

١- المضاعفات المصاحبة لاستخدام التخدير العام والموضعي ربما تكون مهددة للحياة ولذلك يجب أن تحد من استخدامها إلا في مناطق إمكانية الإنعاش فيها متوفرة.

٢- من المهم جداً في حالة عمليات الأنف والحلق التقييم بعناية لجرعة الدواء والذي يؤدي إلى تثبيط في النشاط التنفسي والمنعكسات الحنجرية وإلا فإن المواد الغريبة المستنشقة (دم وقيح) لا يمكن طردها بواسطة السعال.

٣- عندما يكون تنبيب الرغامي صعباً أو خطيراً مثل ما هو الحال في حالة وجود انسداد كبير للحنجرة، فإنه يجب في هذه الحالة عمل بضع الرغامي تحت التخدير الموضعي.

٤- عندما يوجد انسداد حنجري أو رغامي يجب عدم استخدام مرخ العضلات بشكل تام ولكن نستخدم طريقة الاستنشاق فقط لنقلل من احتمال انسداد التنفس الكامل.

عندما تقوم ببضع الرغامي تحت التخدير العام يجب ألاَّ يزال الأنبوب داخل الرغامي بالكامل ولكن فقط نسحبه إلى فوق منطقة الشق حتى يسهل إدخال الأنبوب مرة أخرى إذا كان من الصعب إدخال أنبوبة فغر الرغامي.



رائدات الطب المسلمات

تلكم الصحابية الجليلة المسلمة رفيدة الأسلمية التي قامت على تمريض جرحى المسلمين في خيمة نصبت لها في مسجد رسول الله صلى الله عليه وسلم أثناء غزوة الخندق فكانت تلك الخيمة أول مستشفى ميداني عسكري في الإسلام وكانت هي أول ممرضة للميدان في الإسلام. لقد قامت رضي الله عنها على تمريض سيد الأوس الأنصاري سعد بن معاذ رضي الله عنه والإشراف عليه في ذلك المستشفى عندما قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: اجعلوه في خيمة رفيدة حتى أعوده من قريب.

مضادات الميكروبات في أمراض الأنف والأذن والحنجرة

Antimicrobial therapy in ORL

البكتيريا إما أن تكون سلبية الجرام وإما أن تكون إيجابية الجرام وكل نوع إما أن يكون هوائياً أو لا هوائي.

البكتيريا إيجابية الجرام

١ - هوائية

- العقديات.
- العنقودية.

٢ - اللاهوائية

الهضمونية العقدية

- مطثية.
- الشعية.

البكتيريا سلبي الجرام

هوائية

- العصية القولونية.
- المستدمية النزلية.
- الموركسيلا كتراليس.
- N.meningitidis .
- N.Gonorrheae.
- المتقلبة.
- klebsiella.
- الزائفة الزنجارية.

العلاج بمضادات البكتيريا في الأنف والأذن والحنجرة ربما يستخدم في حالة الالتهاب المثبت والالتهاب المشكوك فيه أو وقائي ضد عدوى محتملة. أفضل علاج مؤثر بالمضادات يعتمد على البكتيريا المسببة.

وهنالك عوامل أخرى يجب أخذها بعين الاعتبار عند اختيار المضاد الحيوي:

١- نوعية المضاد الحيوي.

٢- طريقة تناول المضاد.

٣- فترة العلاج.

٤- أي تحسس دوائي سابق.

٥- الثمن.

٦- الحالة الطبية للمريض.

٧- التأثيرات الجانبية المحتملة.

٨- تفاعلات الأدوية المحتملة.

القاعدة الذهبية في الإنتان

يجب معرفة ثلاث حقائق فمعرفة اثنتين من ثلاث غير مجدٍ وهي:

- الجرثومة المسببة.
- المرض.
- المضاد الحيوي.

كيف تختار المضاد الحيوي

يعتمد هذا على طريقة عمل المضاد ويمكن تصنيفها إلى مجموعات كالتالي:

المجموعة الأولى: مضاد ضد غشاء الخلية

١- مجموعة بيتا لكتام:

أ) بنسلين (بنسلين G&V وامينوبنسلين وAugmentin) ومضاد العنقودية ومضاد الزائفة.

ب) الأربعة أجيال من Cephalosporin.

ج) Monobactan.

د) Impenim.

٢- **Glycopeptides**:

أ) Tecloplanin.

ب) Vancomycin.

المجموعة الثانية: مضاد البروتين **Anti-protein**

١ – Aminoglycosides

٢ – Tetracycline

٣ – Chlroamphenicol

٤ – Clindamycin

٥ – Macroloid

المجموعة الثالثة: **Anti- DNA**

١ – Rifampcin

٢ – Quinolone

المجموعة الرابعة: مضاد لحمض الفوليك

١ – Septrin

٢ – Bactrim

المجموعة الخامسة: متنوعة

١ – Metronidazole

أم عطية الأنصارية (نسيبة بنت الحارث الأنصارية)

يقول عنها د. على عبد الله الدفاع في كتابه أعلام العرب والمسلمين في الطب: كانت أم عطية مشهورة كطبيبة في الجاهلية، ولكنها دخلت في الإسلام فغزة مع رسول الله صلى الله عليه وسلم لتداوي الجرحى. ونالت شهرة عظيمة في الجاهلية والإسلام بالجراحة،فكانت جراحة ماهرة للغاية.

جراحات اليوم الواحد في الأنف والأذن والحنجرة

Day care ORL Surgery

هذا النوع من الجراحة يخطط له على أساس أن المريض يدخل المستشفى ويخرج في نفس اليوم. إجراءات الدخول الكاملة والسجلات وتوفر وسائل الإفاقة مطلوبة في هذا الحالات.

مميزاته

- انخفاض التكلفة.
- التحرك المبكر.
- تخفيف الحمل على التنويم الداخلي للعمليات.
- خفض عرقلة الحياة.
- التخدير المعطى يسمح بالإفاقة المبكرة.

عيوبه

- عناية محدودة للمريض بعد الخروج.
- عند الحاجة للتنويم فيجب أن يُرتب له في مهلة قصيرة.

معايير الاختيار

١- يجب أن تكون مدة العملية لا تتجاوز الساعة.

٢- يُنصح بأن لا يتجاوز عمر المريض ٧٥ سنة.

٣- غير مناسب للمرضى أقل من ١٢ شهراً.

٤- غير مناسب للمرضى الذين لا يوجد من يأخذهم للبيت بعد العملية.

٥- غير مناسب للمرضى الذين يسكنون على بعد أكثر من ساعة من المستشفى.

٦- غير مناسب للمرضى المصابين بخناق غير مستقر.

٧- غير مناسب لمرضى السكري المعتمدين على الأنسولين.

٨- غير مناسب للمرضى المصابين بصرع غير متحكم به.

٩- غير مناسب للمرضى المصابين باضطرابات نزفية.

١٠- غير مناسب للمرضى المصابين بارتفاع ضغط دم يتجاوز ١٧٥/ ١٠٥.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

المراجع

REFERENCES

1) Alan G. Kerr (General editor) Scott-Brown's Otolaryngology – vol. 1-6, 6th edition 1997. Butterworth-Heinemann.
   Vol. 1.Edited by Michael Gleeson – Basic Sciences
   Vol. 2.Edited by Dafydd Stephens –Adult Audiology
   Vol. 3 Edited by Jon B.Booth – Otology
   Vol. 4 Editedby Ian S.Mackay and T.R.Bull – Rhinology
   Vol. 5 Edited by John Hibbert –Laryngology and H&N surgery
   Vol. 6 Edited by D.A.Adams and M.J.Cinnamond Paediatric ORL
2) R. S. Dhillon, C.A. East. Ear, Nose and Throat and Head and Neck Surgery 2nd edition 1999. Elsevier Science Ltd.
3) Rogan J Corbridge. Essential ENT Practice 1st edition 1998. Great Britain, Fiona Goodgame.
4) Bruce W. Jafek, Bruce William Murrow. ENT SECRETS 2nd edition 2001. Philadelphia, PA, Hanley & Belfus, Inc.
5) N.J. Roland, R.D.R. McRae, A.W. McCombe, Key Topics in Otolaryngology 2nd edition 2001. Ireland, UK, Bios Scientific Publishers Ltd.
6) Michael J. Ruckenstein. Comprehensive Review of Otolaryngology 1st edition 2004. Philadelphia, Pennyslvania, Saunders.
7) Michael Hawke, Malcolm Keene, Peter W. Alberti. Clinical Otoscopy 1st edition 1984. Longman Group Ltd.
8) Magid El Shennawy. El Shennawy's Manual of Otolaryngology, 3rd edition 2003-2004.
9) Gerard M. O'Donoghue, Grant J. Bates, Antony A. Narula. Clinical ENT 1st edition 1992. New York, Oxford University press

10) David N. F. Fairbanks, Samuel A. Mickelson, B. Tucker Woodson. Snoring and Obstructive Sleep Apnea 3rd edition 2003. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
11) Charles D. Bluestone, Jerome O. Klein. Otitis Media in Infants and Children, 3rd edition 2001. Philadelphia, Pennyslvania, W.B. Saunders Company.
12) Mohammed Fareed. Illustrated Otolaryngology, 1st edition 2004.
13) Sayed El-Fouly. Otorhinolaryngology for Medical Students, 2nd edition 2003.
14) PDxMD Ear, Nose & Throat Disorders, 2003. Steven Merahn.
15) M S McCormick, W J Primrose, I J MacKenzie. A New Short Textbook of Otolaryngology, 3rd edition 1992.Edward Arnold.
16) Martin Burton. Hall & Colman's Diseases of the Ear, Nose and Throat, 15th edition 2000. Elsevier Science Ltd.
17) P. D. Bull. Lecture Notes on Diseases of the Ear, Nose and Throat, 9th edition 2002. Oxford, Blackwell Science Ltd.
18) Gordon W. Hickish. Ear, Nose and Throat Disorders, (Library of General Practice) 1st edition 1985. Longman Group Ltd.
19) Chris Milford, Aled Rowlands. Shared Care for ENT, 1st edition 1999. Oxford, UK, Isis Medical Media Ltd.
20) Albert L. Menner. A Pocket Guide to the Ear, 1st edition 2003. Stuttgart, Germany, Georg Thieme Verlag.
21) Michael K. Layland. Otolaryngology Survival Guide 1st edition 2003.Washington University in St. Louis, School of Medicine.
22) James B. Snow Jr, Ballenger's Manual of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 16th edition 2003. BC Decker Inc.
23) Tony R. Bull. Color Atlas of ENT Diagnosis, 4th edition 2003. Germany, Georg Thieme Verlag.
24) Nicholas D. Stafford, Robin Youngs. ENT Color Guide, 2nd edition 1999. Harcourt Publishers Ltd.

لعبت المرأة المسلمة دوراً مهماً في طب النساء والتوليد، وذلك كما يقول ابن خلدون في مقدمته الشهيرة: صناعة التوليد صناعة يعرف بها العمل في استخراج المولود الآدمي من بطن أمه: وهي مختصة بالنساء في غالب الأمر بما أنهن الظاهرات بعضهن على عورات بعض، وتسمى القائمة على ذلك منهن القابلة.
يقول أ.د. كمال السامراي رئيس قسم الأمراض النسائية والتوليد في كلية طب جامعة بغداد في كتابه الأمراض النسوية في التاريخ القديم وأخبارها في العراق الحديث: ويفهم من كتابات الرازي أنه لم يكن يفحص بنفسه على الأعضاء الإنثوية في المرأة لأسباب تقلدية أو نفسية وأنه كان يسأل القابلة أن تفحص عليها بعد أن يرشدها الى طريقة الفحص والهدف منها.

توجيهات لمن يرغب في التخصص في مجال طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق

فترات التدريب في المجال الطبي عموماً هي فترات صعبة وفترات تحدي للمتدرب يتوجب عليك فيها العمل لفترات طويلة وصعبة وبإتقان مع القراءة والاطلاع الدائم خصوصاً في المجال الجراحي حيث يتطلب ذلك إضافة لما ذكر اكتساب المهارات الجراحية لكي تكون آمناً لعلاج مرضاك ولا تسبب لهم أي مضاعفات.

كل ذلك يضع جهداً فكرياً كبيراً على الطبيب إلى جانب الجهد الجسدي وهنا سوف نقترح بعض السبل التي تعينك بأذن الله على اجتياز هذه المرحلة التي كما يقولون لابد أن تأكل فيها الطعمية لكي تتمكن بعد ذلك وفي المستقبل إن شاء الله من أكل الكيك اللذيذ والذي يتحقق لك بشفاء مرضاك وفرحتك الكبيرة بذلك.

قال صلى الله عليه وسلم:
ما ملأ ابن آدم وعاءً شراً من بطنه، بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لا محالة فثلث لطعامه وثلث لشرابه وثلث لنفسه.

توجيهات عامة

١- تناول طعام الأفطار قبل مغادرتك للمنزل لأنها من أهم الوجبات وقدلا يمكنك عملك في الطوارئ أوالعيادات أو العمليات من تناول أي طعام وقد ينعكس ذلك على أداء عملك بإتقان بسبب الجوع

٢- كن انيقاً نظيفاً في ملبسك ومظهرك وكن لبقاً في تعاملك مع مرضاك وأقاربك، وكن مستمعاً جيداً لهم، وتعامل مع المريض كروح وجسد لتبني علاقة جيدة معه لأن هذا مهم للتشخيص والعلاج.

٣- عليك بالتعاون التام مع جميع الزملاء في القسم الذي تعمل به لأن ذلك سوف يضفي عليك راحة نفسية تامة لأداء عملك على أكمل وجه.

٤- عليك بالتعاون التام مع جميع أعضاء الفريق الصحي الذين تتعامل معهم، وعاملهم باحترام، كالممرضة وفني المختبر وأخصائي الأشعة لأن ذلك سوف ينعكس على إنجاز العمل الجيد في مصلحتك ومصلحة المريض ومصلحة المتدرب. أما توتر العلاقة معهم فقط يؤدي إلى توتر عصبي ينعكس على عملك وعملهم وهذا ليس في مصلحة الجميع.

٥- ليس عيباً ألاّ تعرف فأنت تحت التدريب وليس كل شخص يعرف كل شيء، وإنما العيب ألا تسأل عما لا تعرف. وعليك بالقراءة فهي مهمة جداً فقرأ ولو ساعة يومياً.

٦- دون في مذكرتك الأمراض التي مرت عليك في اليوم لتقرأ وتجدد معلوماتك.

٧- روح عن نفسك في عطلة نهاية الأسبوع لكي لا يكون الوقت مملاً لك بالقراءة والاطلاع والعمل الدؤوب، وديننا يأمرنا بذلك.

٨- نم مبكراً واستيقظ مبكراً ففي ذلك صحة جيدة وفائدة مؤكدة والنبي صلى الله وسلم يقول: بارك الله لأمتي في بكورها. ويقول المثل السوري الذي علمني إياه أستاذي الفاضل رحمه الله حياً وميتاً وليد القبلاوي: نم بكير وقم بكير شوف الصحة كيف بتصير. وساعة قراءة في الصباح الباكر تعادل ساعات وأنت مرهق في آخر النهار.

مميزات التخصص

١- طب الأنف والأذن والحنجرة من أمتع التخصصات لأنه يجمع الطب بفرعيه الباطني والجراحي، وفيه تحديات كبيرة ومهارات متعددة وممتعة، كما أنه يتعامل مع الرجل والمرأة الكبير والصغير، كذلك لها شعب وثيقة به وممتعة وهي السمعيات والتخاطب، فعليك به لترضى رغباتك التنافسية في المجال العلاجي.

٢- تخصص الأنف والأذن والحنجرة من أمتع التخصصات فهو يعتني بأهم الحواس والوظائف في جسم الانسان، فالسمع والشم والتذوق من أهم الحواس، والتنفس والبلع والتخاطب من أهم الوظائف لحياة الانسان.

٣- تخصص الأنف والأذن والحنجرة له علاقة وثيقة وممتعة بتخصصات طبية عديدة وله مهارات في مجال تلك التخصصات، كطب العيون وجراحات التجميل والتكميل وجراحات الأوعية الدموية وجراحات قاع الجمجمة وجراحات الصدر وجراحات الاعصاب وشعب العلاج الطبيعي والتغذية والأشعة والإشعاع.

قال صلى الله عليه وسلم: قيلوا فإن الشياطين لا تقيل
وقد أتى العلم الحديث ليؤكد فوائد القيلولة في زيادة إنتاجية الفرد، ويحسن قدراته على متابعة نشاطه اليومي. وأكد الباحثو ن في دراسة نُشرت في مجلة العلوم النفسية عام ٢٠٠٢م أن القيلولة تكسب الجسم راحة كافية، وتخفف من مستوى هرمونات التوتر المرتفعة في الدم نتيجة النشاط البدني والذهني.
من كتاب الطب النبوي للدكتور حسان شمسي باشا

توجيهات خاصة

١- أقم علاقة جيدة بين فريق التمريض مبنية على الثقة والاحترام وأشرح لهم ما يجب أن يراقبوه في مريضك، فالممرضة تقضي مع المريض وقت أطول بكثير مما تقضيه أنت مع مريضك، فأعطها من التعليمات ما يفيد مريضك في فترة غيابك.

٢- أقم ايضاً علاقة جيدة مع شعبتي السمعيات والتخاطب فهما يقدمان لمريضك خدمات كبيرة في مجالهما من الناحية التشخصية والعلاجية.

٣- بعض الأعمال لمرضى الأنف والأذن والحنجرة لا يمكن أن يقوم بها طبيب الامتياز، وعليك كمتدرب في هذا المجال القيام به خير قيام كالعناية بأنبوب تهوية القصبة الهوائية، وهذه أمانة في عنقك.

٤- عليك بالمرور على المرضى قبل المرور الجماعي لكي تكون ملماً إلماماً تاماً بحالة كل مريض، وماذا عمل له وماهي النتائج وماذا يجب أن نعمل له. وراجع ملف كل مريض وتأكد من أن متطلبات المرضى قد نفذت أو رتب لها.

٥- عليك بحضور دورا ت تدريبية في المجال الجراحي لكي تتدرب على بعض المهارات قبل أن تمارسها على المريض لأن المشاهدة فقط غير كافية لاكتساب المهارات الجراحية ولا بد من الممارسة العملية.

قال صلى الله عليه وسلم: المسك أطيب الطيب والمسك من أفضل أنواع العطور، وأكثرها قيمة، وأجود أنواع المسك وأطيبه ما خرج من الظباء، بعد بلوغه النهاية في النضج داخل وعائه. من كتاب الطب النبوي للدكتور حسان شمسي باشا .

الطب المبني على البراهين

Evidence based medicine

استخدم هذا المصطلح لأول مرة في الثمانينيات من القرن الماضي في جامعة مكماستر بكندا وفي التسعينيات أعطي التعريف التالي: أي هو الممارسة الطبية المبنية على على البحث والتقييم للوصول لأفضل الاختبارات التي تعطي أفضل النتائج للمريض ومرضه.

المتطلبات

١- أبحاث عديدة ومعقدة للوصول إلى نتائج جيدة.

٢- قاعدة رئيسة للمعلومات لتزويد جميع الجهات التي تحتاجها.

٣- تعاون تام من المريض والإدارة مع الطبيب.

٤- وجود برامج تعليم طبي مستمر منتظمة ومفيدة.

٥- وجود توجه لتغيير السلوك الإكلينيكي والمتوقع منه.

٦- وجود حوافز للعاملين لأن هذا العمل يتطلب جهداً أكبر ووقتاً أطول.

٧- وجود المراجع اللازمة والتدريب المستمر.

٨- وجود التجاوب من جميع مرافق المستشفى لإنجاز هذا البرنامج.

٩- وجوب التعاون التام والتشاور بين جميع الجهات، لا أن يفرض من جهات عليا دون استشارة الجهات المعنية بتنفيذ البرنامج.

١٠- التعاون التام من جميع الجهات المسئولة عن الشئون الصحية في البلاد لأن ذلك يصب في مصلحة الجميع لتقديم رعاية متميزة لكل مريض وهو هدف الجميع.

عوامل النجاح لهذا البرنامج

١- لابد من استخدام المعلومات المتوفرة بحكمة ووضوح وضمير للوصول إلى قرار العناية بكل مريض.

٢- لابد من دمج خبرة الممارس مع أفضل المعلومات المتوفرة في الأبحاث المبرمجة برمجة جيدة ومعتمدة على الخبرة الإكلينيكية والاختبارات التشخيصية الدقيقة والصحيحة.

٣- لابد من الأخذ في الاعتبار بعوامل الاتجاه المحتمل لأن يتخذه المرض (Prognosis) وأمان وفعالية سبل الوقاية والعلاج والتأهيل.

٤- لابد من دراسة قاعدة المعلومات الأساسية للأبحاث والتي تجيب عن التساؤلات التي تواجهنا في العمل اليومي الإكلينيكي وترجمتها الترجمة الصحيحة بما يفيد المريض في حالة تشخيص حالته وعلاجه.

٥- قبل تطبيق برنامج الطب المبني على البراهين لابد من الإجابة على التساؤلات التالية:

أ) ما هو الدليل على صحة المعلومة؟

ب) وهل الدليل صحيح وفعال؟

ج) هل الدليل هام لهذا المريض؟

د) هل علينا تغيير طريقة تشخيصنا لوجود هذا الدليل؟ وإذا كانت الإجابة بنعم، كيف نقوم بذلك؟

المعوقات

١) عدم وجود الكثير من متطلباته في كثير من المرافق الصحية.

٢) عدم تعاون المريض مع طبيبه في كثير من التعليمات، وعلى سبيل المثال وليس الحصر علاقة سرطان الرئة والتدخين.

٣) عدم التعاون مع إدارة المستشفى لتكاليف البرنامج العالية.

٤) صعوبة تطبيق البرنامج في المجال الجراحي لفشل عمل الأبحاث المبينة على العينة العشوائية والعينة المنتظمة Rantomized control trial RCTs.

ويعود هذا لعدة أسباب منها:

أ) نجاح العلاج الجراحي يكون واضحاً لدرجة تجعل من الصعب ومن غير المنطقي والأخلاقي أن يقارن العلاج بشيء فقط يرضي المريض (Placebo).

ب) من الصعب مقارنة العلاج الجراحي بعلاج غير جراحي، كعلاج التهاب الزائدة الدودية بالأدوية أو الجراحة.

ج) من الصعوبة بمكان أخفاء العملية الجراحية عن المريض أو الفريق الطبي. ولكن هناك توجهاً حديثاً ومرناً للتغلب على هذه المعضلة وهي اعتبار الدراسة العشوائية-المنتظمة والدراسات بالمشاهدة تكمل بعضها بعض فدراسات المشاهدة عالية الدقة قد تبرهن على صحة الدليل عند إجراءها على عدد كبير من المرضى للتعرف على الأضرار إن وجدت والنجاحات إن تحققت.

نظرة الطبيب المسلم للطب تختلف عن غيره من أوجه عديدة فعلى سبيل المثال لا الحصر:

١- الشفاء من الله.

٢- معاملة المريض كروح وجسد.

٣- العلاج لا بدان يكون بحلال لا بحرام.

٤- العفة والفضيلة تحمى من الأمراض الجنسية وهذا غير معروف في الغرب.

٥- مرور الطبيب على المريض بنية الزيارة له بها أجر عند الله.

٦- نظرة الأسلام للخمر وأضرارها تختلف عن الغرب.

٧- الإسلام يطالب الصحيح بالحفاظ على صحته بل ويحمله مسؤلية الحفاظ عليها.

٨- الإسلام يحث المريض على العلاج وأخذ الدواء.

وصية أبن لابنه الجامعي

سلاماً لله عليك ورحمته وبركاته، ودعاء لك من أعماق القلب أن يكلل جميع أعمالك بالنجاح وخطواتك بالسداد . أنك الآن يابني على عتبة مرحلة جديدة بل دقيقة في حياتك المديدة السعيدة أن شاء الله، هي مرحلة الشباب أو بتعبير أصح مرحلة الرجولة الحقيقية : مرحلة تحمل المسئولية وبعد النظر . لا أريد أن القي عليك مواعظ ونصائح كما يفعل الأباء مع صغار الابناء، فأنت بحمد الله رجل إذا كان لي ما أفخر به أو أطمئن إليه وتقر به عيني هو ما أكرمني الله به من أولاد على خلق ودين لا يهمني بعد ذلك أن تركت لهم مالاً أم لم أترك فقد وعد الله - وهو لا يخلف الميعاد - بأن يتولى الصالحين. أمران فقط أريد أن أوصيك بهما أحدهما يتعلق بصلتك بربك والآخر بصلتك بالناس. هذان الأمران لم أتعلمهما من الكتب أو أسمع بهما من الوعاظ والحكماء، ولكنهما حصيلة تجارب واقعية لا مجال للشك في نتائجهما الطيبة. أولهما الصلاة، ولا أعني الصلاة المكتوبة فقط، فأنا لا أشك في محافظتك عليها وحرصك على أدائها ربما أكثر مني ولكني أعني الصلاة التي يفزع إليها للخروج من كل هم والخلاص من كل مأزق فقد كان عليه الصلاة والسلام كل ما همه أمر فزع إلى الصلاة والدعاء وقد جربت ذلك مراراً عدة وما فزعت الى الصلاة والدعاء في أمر من الصعاب أو هم من الهموم إلا فرجه الله حتى المرض كنت أشفى منه بدون دواء والثاني وهو الخاص بعلاقتك بالناس هو الحلم أو التحلم، وهو ضد الغضب. فقد جاء رجل إلى النبى عليه الصلاة والسلام قال أوصني يارسول الله فقال له عليه الصلاة والسلام : لا تغضب وكررها ثلاثاً ، وفي حديث آخر ليس الشديد بالصرعة - أي من يصرع غيره أو يغلبه - ولكن الشديد من يملك نفسه عند الغضب. وسرعة الانفعال تدفع للغضب، والغضب يفسد العلاقة بين الإنسان وبين جنسه وربما بينه وبين ربه فالغضب الذي تولد من كبرياء إبليس حمله على معصية الله ثم قاده إلى هذه المصير المعروف. تلك يا بني وصاية لك وأرى فيهما الكفاية فإذا احسنت الصلة بربك أحبك الله وإذا أحبك كنت ممن لا خوف عليهم ولا

هم يحزنون وإذا أحسنت الصلة بالناس أحبك الناس وحب الناس فرع من حب الله، وللإحساس بحب الناس لذة لا تعدلها لذة وكلمة أخيرة اجتهد يابني في الاتجاه بكليتك إلى التحصيل والتفوق لترفع رأسي ورأسك ثم تصبح القدوة الطبية لإخوانك، والسلام عليك ورحمة الله وبركاته.

أبوك المحب

رائدات الطب المسلمات

هناك الكثير من النساء الذين نبغوا في الأدب والشعر والفروسية والعلم من طب وتمريض وغيره، والتاريخ يشهد بذلك، فقد تفوق بعضهن على الرجال. ومن عظيمات الطب في الإسلام

أم عطية الانصارية

الشفاء بنت عبدالله القرشية

رفيدة الاسلمية

زينب طبيبة بني أود

أم الحسن بنت القاضي أبي جعفر الطنجالي

بنت دهن اللوز الدمشقية

بنت شهاب الدين ابن الصائغ

طبيبات بني زهر الأندلسيات

ثبت المصطلحات

أولاً: عربي - إنجليزي

أ

إبرة الشفط النحيفة	F.N.A
الأجسام الغريبة والأنف والأذن الحنجرة	Foregin bodies in ORL
أذن الخفاش	Bat ears
أذن قنبيطية	cauliflower car
ارتفاع ضغط الدم	Hypertension
أسباب	Causes
أسباب الطنين	Causes of tinnitus
أسبابه	causes
أسبابه	Atiology
استئصال السليلة الأنفية	nasal polypectomy
استئصال اللوزتين	Tonsillectomy
استئصال الناميات	adenoidectomy
استخدامات الليزر في الأنف والأذن والحنجرة	Laser in ORL
استرواح الصدر	Pneumothrax

استكراه الرائحة	Cacosmia
أشعة الرنين المغناطيسي	MRI
أشعة الصدر	chest X-ray
الأشعة بصبغة	with contrast
الأشعة فوق الصوتية	Ultrasound
الأشعة فوق الصوتية	ultrasound
إصابات كاوية	caustic injury
الإضاءة المنقولة	Trans-illumination
الأعراض	Symptoms
الأعراض	symptoms
الأعراض	symptoms
إعلال الشم	Smell disturbance
إفرازات أنفية خلقية	postnasal drip
ألم الأذن	Otologia
ألم الوجه	Facial pain
ألم رجيع	Referred pain
الإمداد الدموي	
الإمداد العصبي	Nerve supply
الإمداد العصبي	
الامداد العصبي للبلعوم	Nerve supply of pharynx
الإمداد العصبي للحنجرة	Nerve supply
الإمداد اللمفاوي	
الإمداد اللمفاوي للبلعوم	lymphatic daringe of pharynx
الإمداد اللمفي للحنجرة	lymphatic
أمراض	pathogensis

Diseases of the external ear	أمراض الأذن الخارجية
Diseases of the nose	أمراض الأذن الداخلية
Diseases of the oral cavity	أمراض الأذن الوسطى
Diseases of paranasal sinuses	أمراض الأنف والجيوب الأنفية
Disease of pharynx	أمراض البلعوم
Diseases of oral cavity	أمراض التجويف الفموي
Disases of larynx	أمراض الحنجرة
Groment insertion	أنبوب تهوية
deviated nasal septum	انحراف الحاجز الأنفي
Impacted wax	انحشار الشمع
Nasal obstruction	انسداد أنفي
airway managmenin in childen	انسداد مجرى الهواء عند الأطفال
Air embolism	انصمام هوائي
External nose	الأنف / الظاهر
Runny nose	الأنف المرتشح
Sleep apnes	انقطاع النفس النومي
Wax	أنواع حلقة والداير
types	أنواعه

ب

Hoarsness	بحة
Halitosis	بخر
Tracheotomy	بضع الرغامي
Percutaneous	بضع الرغامي عن طريق الجلد
Stapedectomy	بضع الركاب
Myringotomy	بضع الطبلة

بضع الطبلة	Myringotomy
بكتيري خاد	Acute bacterial
بلع مؤلم	Odynophagia

ت

تاريخ الأشعة	X-ray date
التاريخ المرضي	History
تحسسي	Allergic
التخدير في أمراض الأنف والأذن والحنجرة	anesthesia in ORL
تَدَمِّي الطّبْل	Hemotympanum
تسمم الأذن	Ototoxcity
التشخيص التحيزي	Differentail diangosis
تشخيصه	Diagnosis
تشريح الأذن	Anatomy of the ear
تشريح الأذن الخارجية	Anatomy of external ear
تشريح الأذن الداخلية	Anatomy of the inner ear
تشريح الأذن الوسطى	Anatomy of middle ear
تشريح الأنف	Anatomy of the nose
تشريح التجويف الفموي	Anatomy of oral cavity
تشريح الجيوب الأنفية	Anatomy of PNS
تشريح الحنجرة والبلعوم	anatomy of pharynx and larynx
التصريف اللمفاوي	Lymphatic drainage
تصلب الأذن	Otosclerosis
تصلب الطبلة	tympanosclerosis
تصلب متعدد	Multiple sclerosis
تصنيف	Classifications

Otitis media classifications	تصنيف التهاب الأذن الوسطى
septoplasty	تعديل الحاجز الأنفي
Nasal airway assessment	تقييم مسلك الهواء الأنفي
desmoplasia	تكون النسيج الليفي
Trachcomlacia	تلين الحنجرة
Laryngomalacia	تَلَيُّنُ الحَنْجَرَة
Mouth breathing	التنفس عن طريق الفم
cervical spondylosis	تنكس الفقرات الرقبية
Otitis externa	التهاب الأذن الخارجية
Malignant otitis media	التهاب الأذن الخارجية الناخر
Otitis media with effusion	التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي
chronic Otitis media	التهاب الأذن الوسطى المزمن
Rhinitis medicamentosa	التهاب الأنف الدوائي المنشأ
Rhinosinusitis	التهاب الأنف والجيوب الأنفية
Acute pharyngitis	التهاب البلعوم الحاد
chronic pharyngitis	التهاب البلعوم المزمن
Labyrinthitis	الْتِهابُ التِّيه
Sore throat	التهاب الحلق
Mastoiditis	التهاب الخشاء
vestibulitis	التهاب الدهليز
Meningitis	التهاب السحايا
bullous myringitis	التهاب الطبلة الفقاعي
Osteomylitis	التهاب العظم والنقى
Stomatitis	التهاب الفم
Nicotin stomatitis	التهاب الفم القلاعي النيكوتيني
Acute tonsillitis	التهاب اللوزتين الحاد

التهاب الهلل الحجاجي	orbital cellulitis
التهاب حنجري حاد	Acute Laryngitis
التهاب حنجري مزمن	Laryngitis chronic
التهاب سمحاق الغضروف	Perichondritis
التهاب لسان المزمار الحاد	Acute epiglottitis
تورم الرقبة	Neck swelling

ث

ثقب الحاجز الأنفي	Perforated nasal septum
ثقب غشاء الطبلة الرضي	perforated tympanic membrane

ج

جراحة القرنية	Turbinate surgery
جراحة اليوم الواحد	day surgery
جزر معدي مريئي	GERD
جفاف الفم	Dry mouth

ح

حؤول	Metaplasia
الحادة	Acute
الحفرة الكمثرية	pyriform fossa
حقن الأذن	Ear syringing
حلقة والداير	Waldeyer's ring
الحمى القرمزية	Scarlet fever
حَيِّزُ كيسيلباخ	Kiesselbach's plexus

خ

خانوق	croup

خثار الجيب الكهفي	cavernous sinus thrombosis
خراج الدماغ	Brain abscess
خراج الفص الصدعي	Temporal lobe abscess
الخراج حول اللوز	Quenzy (peritonsillar abscess)
خراج خلف الجافية	Extradural abscess
خفة الرأس	Light –headness
خلل التشنج	Dysplasia
خناق	diphtheria
خنخنة	Rhinolalia aperta

د

داء السكري	diabetes mellitus
داء المبيضات	Canidiasis
داء منيير	Meniere's disease
درجته	degree
دمل الأذن	Furunculosis of the ear
دمل الأنف	Furunculosis of the nose
الدوار	Vertigo
الدواعي	indications
دواعي	Indications
دواعيها	indications
الدوخة	Dizznesss
دوران الوضعة الانتيابي الحميد	BPPV

ر

رأب الطبلة	Myringplasty
رأب الطبلة	Tympanoplasty

رأب اللهاة والحنك والبلعوم	UPPP
رتج زنكر	Zenker's divericulum
رتق قمع الأنف	choanal atresia
رضح حنجري	Laryngeal trauma
الرضوح في الأنف والأذن والحنجرة	Trauma in ORL
الرعاف	Epistaxis

ز

زراعة القوقع	cochlear implanation
الزكام	common cold

س

سعال	cough
سلاق	Thrush
سليلة الحبل الصوتي	vocal cord polyp
السماعات	Hearing aids
سيلان الأذن	Otorrhea
سيلان السائل النخاعي من الأذن	CSF otorrhea
سيلان السائل النخاعي من الأنف	CSF rhinorrhea

ش

شلل الحبل الصوتي	vocal cord paralysis
شلل بل	Bell's plasy
شلل عصب الوجه	Facial nerve palsy

ص

صبرير	Snoring
صداع	Headache

Migarine	صداع الشقيقة
Presbycusis	صمم شيخوخي
Noise induced hearing loss	صمم محدث بالضوضاء
Plain films	الصور الإشعاعية البسيطة

ض

Deafness	ضعف السمع
Atrophic	ضموري
Subglottic stenosis	ضيق تحت المزمار

ط

Epley maneuver	طريقة ايلي
Technique	طريقة عمل بضع الرغامي
cottle's maneuver	طريقة كتل
Heimlich maneuver	طريقة هملتش
Leucoplakia	طَلَوان

ع

Unsteadiness	عدم الثبات
Dysphagia	عسر البلع
Trigeminal nerve	العصب الثلاثي التوائم
Glossopharyngeal nerve	العصب القحفي التاسع
Vagus nerve	العصب المبهم
sneezing	العطاس
vocal cord nodule	عقدة الحبل الصوتي
Treatment	العلاج
treatment	العلاج

العلاج	treatment
العلاج	treatment
العلاج بالمضادات الحيوية في الأنف والأذن والحنجرة	antimicrobial therapy in ORL
علاجه	treatment
العلامات	Signs
العلامات	signs
العلامات	Signs
علم الأشعة الأنف والأذن الحنجرة	Radiology in ORL
علم الأورام في الأنف والأذن الحنجرة	Oncology in ORL
علم السمعيات	audiology
عملية ينج	Young's operation
العوامل المسببة	Otitis externa - Caustive organisms
العوامل الموهية	Predisposing factors - Otitis extern

غ

غشاء الطبلة الطبيعي	Normal tympanic membrane
غشية	Blackout

ف

فتحة النفير	Eustachian tube
فحص الأذن	Ear examination
فحص الأنف	Nasal eximantion
فحص البلعوم الأنفي	Nasopharyngeal examination
فحص البلعوم السفلي	Hypopharynx examination
فحص البلعوم الفموي	Oropharynx examination

Paranasal sinus examination	فحص الجيوب الأنفية
Laryngeal examination	فحص الحنجرة
Neck examination	فحص الرقبة
Exmination	الفحص السريري
voice test	فحص الصوت
Oral cavity examination	فحص تجويف الفم
Reninc test	فحص ريني
False –ve Rinne	فحص ريني السالب الكاذب
Mono-spot test	فحص مونو سبوت
Weber's test	فحص ويبر
Investigations	الفحوصات
investigation- Otitis externa	الفحوصات
Hearing test	فحوصات السمع
Tuning fork test	فحوصات الشوكة الرنانة
Hyperplasia	فَرطُ التَنَسُّج
Hyperlipidemia	فرط شحوم الدم
physiology of car	فسيولوجية الأذن
Physiology of the nosa	فسيولوجية الأنف
physiology of pharynx	فسيولوجية البلعوم
physiology of paranasal sinuses	فسيولوجية الجيوب الأنفية
physiology of larynx	فسيولوجية الحنجرة
Anaplasia	فقد التمايز الخلوي
anosmia	فقد الشم
cleft palate	فلح حنكي
Viral	فيروسي

ق

قرحة قلاعية	aphtous ulcer
قلب رئوي	core pulmonale

ك

كَثْرَةُ الوَحِيْداتِ العَدْوائِيَّة	Infectious mononucleosis
كسر في عظمة الصدغ	Temporal bone fracture

ل

اللوز والناميات	Tonsils and Adenoids

م

ماسحة من الأذن	Swab from the ear
ماسحة من الحلق	swab from the throat
متلازمة ري	Reye's syndrome
المحاذير	contraindications
محاذير	Contraindications
محاذيرها	contraindications
مخطط السمع	audiogram
المخطط الطبلي	Tympanogram
المرضيات	Pathogensis
المريء	Esophagus
مزمن	Chronic
المضاعفات	complications
المضاعفات	complications
المضاعفات	complications
مضاعفات	Complications

مضاعفات	Complications
مضاعفاتها	complications
معالجة الانسداد الأنفي	Nasal obstruction treatment
معالجة مجرى الهواء المنقوص	airway management
مفاجئ	sudden
المفصل الصدغي الفكي	TMJ
منطقة لتلز	Little's area
المنعكس الأحمر	Red reflex
منعكس التهوع	Gag reflex

ن

الناميات	Adenoid
نزف أنفي	Nose bleeding
نفاخ تحت الجلد	Subcutaneous emphysema
النقرس المقطعي المحسوب	CTscan
نقص الشم	Hyposmia

و

وذمة رينك	Reink's edema
وذمة وعائية عصبية	angioneurotic edema
ورم الجسم السباتي	Carotid body tumor
ورم العصب القحفي الثامن	Acoustic neuroma
ورم حليمي حنجري	Laryngeal papiloma
ورم دموي - أذني	Hematoma of auricle
ورم دموي -الحاجز الأنفي	Hematoma of septum
ورم كبي	Glomus tumors
ورم كوليسترولي	cholesteatoma
وَرَمٌ لِيفِيٌّ يَفَعِيٌّ أَنْفِيٌّ بُلْعومِيّ	Juvenile nasopharyngeal angiofibroma

ثانياً: إنجليزي - عربي

A

	الإمداد الدموي
	الإمداد العصبي
	الإمداد اللمفاوي
Acoustic neuroma	ورم العصب القحفي الثامن
Acute	الحادة
Acute bacterial	بكتيري حاد
Acute epiglottitis	التهاب لسان المزمار الحاد
Acute Laryngitis	التهاب حنجري حاد
Acute pharyngitis	التهاب البلعوم الحاد
Acute tonsillitis	التهاب اللوزتين الحاد
Adenoid	الناميات
adenoidectomy	استئصال الناميات
Air embolism	انصمام هوائي
airway management	معالجة مجرى الهواء المنقوص
airway managmenin in childen	انسداد مجرى الهواء عند الأطفال
Allergic	تحسسي
Anaplasia	فقد التمايز الخلوي
Anatomy of oral cavity	تشريح التجويف الفموي
Anatomy of external ear	تشريح الأذن الخارجية
Anatomy of middle ear	تشريح الأذن الوسطى
anatomy of pharynx and larynx	تشريح الحنجرة والبلعوم
Anatomy of PNS	تشريح الجيوب الأنفية
Anatomy of the ear	تشريح الأذن

Anatomy of the inner ear	تشريح الأذن الداخلية
Anatomy of the nose	تشريح الأنف
anesthesia in ORL	التخدير في أمراض الأنف والأذن والحنجرة
angioneurotic edema	وذمة وعائية عصبية
anosmia	فقد الشم
antimicrobial therapy in ORL	العلاج بالمضادات الحيوية في الأنف والأذن والحنجرة
aphtous ulcer	قرحة قلاعية
Atiology	أسبابه
Atrophic	ضموري
audiogram	مخطط السمع
audiology	علم السمعيات

B

Bat ears	أذن الخفاش
Bell's plasy	شلل بل
Blackout	غشية
BPPV	دوران الوضعة الانتيابي الحميد
Brain abscess	خراج الدماغ
bullous myringitis	التهاب الطبلة الفقاعي

C

Cacosmia	استكراه الرائحة
Canidiasis	داء المبيضات
Carotid body tumor	ورم الجسم السباتي
cauliflower ear	أذن قنبيطية

أسباب	Causes
أسبابه	causes
أسباب الطنين	Causes of tinnitus
إصابات كاوية	caustic injury
خثار الجيب الكهفي	cavernous sinus thrombosis
تنكس الفقرات الرقبية	cervical spondylosis
أشعة الصدر	chest X-ray
رتق قمع الأنف	choanal atresia
ورم كوليسترولي	cholesteatoma
مزمن	Chronic
التهاب الأذن الوسطى المزمن	chronic Otitis media
التهاب البلعوم المزمن	chronic pharyngitis
تصنيف	Classifications
فلح حنكي	cleft palate
زراعة القوقع	cochlear implanation
الزكام	common cold
المضاعفات	complications
المضاعفات	complications
المضاعفات	complications
مضاعفات	Complications
مضاعفات	Complications
مضاعفاتها	complications
المحاذير	contraindications
محاذير	Contraindications
محاذيرها	contraindications

core pulmonale	قلب رئوي
cottle's maneuver	طريقة كتل
cough	سعال
croup	خانوق
CSF otorrhea	سيلان السائل النخاعي من الأذن
CSF rhinorrhea	سيلان السائل النخاعي من الأنف
CTscan	النقرس المقطعي المحسوب

D

day surgery	جراحة اليوم الواحد
Deafness	ضعف السمع
degree	درجته
desmoplasia	تكون النسيج الليفي
deviated nasal septum	انحراف الحاجز الأنفي
diabetes mellitus	داء السكري
Diagnosis	تشخيصه
Differentail diangosis	التشخيص التحيزي
diphtheria	خناق
Disases of larynx	أمراض الحنجرة
Disease of pharynx	أمراض البلعوم
Diseases of paranasal sinuses	أمراض الأنف والجيوب الأنفية
Diseases of oral cavity	أمراض التجويف الفموي
Diseases of the external ear	أمراض الأذن الخارجية
Diseases of the nose	أمراض الأذن الداخلية
Diseases of the oral cavity	أمراض الأذن الوسطى
Dizznesss	الدوخة

جفاف الفم	Dry mouth
عسر البلع	Dysphagia
خلل التشنج	Dysplasia

E

فحص الأذن	Ear examination
حقن الأذن	Ear syringing
الرعاف	Epistaxis
طريقة ايلى	Epley maneuver
المريء	Esophagus
فتحة النفير	Eustachian tube
الفحص السريري	Exmination
الأنف / الظاهر	External nose
خراج خلف الجافية	Extradural abscess

F

إبرة الشفط النحيفة	F.N.A
شلل عصب الوجه	Facial nerve palsy
ألم الوجه	Facial pain
فحص ريني السالب الكاذب	False -ve Rinne
الأجسام الغريبة والأنف والأذن الحنجرة	Foregin bodies in ORL
دمل الأذن	Furunculosis of the ear
دمل الأنف	Furunculosis of the nose

G

منعكس التهوع	Gag reflex
جزر معدي مريئي	GERD

English	العربية
Glomus tumors	ورم كبي
Glossopharyngeal nerve	العصب القحفي التاسع
Groment insertion	أنبوب تهوية

H

English	العربية
Halitosis	بخر
Headache	صداع
Hearing aids	السماعات
Hearing test	فحوصات السمع
Heimlich maneuver	طريقة هملتش
Hematoma of auricle	ورم دموي - أذني
Hematoma of septum	ورم دموِي - الحاجز الأنفي
Hemotympanum	تَدَمِّي الطَبْل
History	التاريخ المرضي
Hoarsness	بحة
Hyperlipidemia	فرط شحوم الدم
Hyperplasia	فَرطُ التَنَسُّج
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم
Hypopharynx examination	فحص البلعوم السفلي
Hyposmia	نقص الشم

I

English	العربية
Impacted wax	انحشار الشمع
indications	الدواعي
Indications	دواعي
indications	دواعيها
Infectious mononucleosis	كَثْرَةُ الوَحِيْدات العَدْوائِيَّة

investigation- Otitis externa	الفحوصات
Investigations	الفحوصات

J

Juvenile nasopharyngeal angiofibroma	وَرَمٌ لِيفِيٌّ يَفَعِيٌّ أَنْفِيٌّ بُلْعومِيّ

K

Kiesselbach's plexus	حَيِّزُ كيسيلباخ

L

Labyrinthitis	الْتِهابُ التِّيه
Laryngeal examination	فحص الحنجرة
Laryngeal papiloma	ورم حليمي حنجري
Laryngeal trauma	رضح حنجري
Laryngitis chronic	التهاب حنجري مزمن
Laryngomalacia	تَلَيُّنُ الحَنْجَرَة
Laser in ORL	استخدامات الليزر في الأنف والأذن والحنجرة
Leucoplakia	طَلَوان
Light - headness	خفة الرأس
Little's area	منطقة لتلز
lymphatic	الإمداد اللمفي للحنجرة
lymphatic daringe of pharynx	الإمداد اللمفاوي للبلعوم
Lymphatic drainage	التصريف اللمفاوي

M

Malignant otitis media	التهاب الأذن الخارجية الناخر
Mastoiditis	التهاب الخشاء

Meniere's disease	داء منيير
Meningitis	التهاب السحايا
Metaplasia	حؤول
Migarine	صداع الشقيقة
Mono-spot test	فحص مونو سبوت
Mouth breathing	التنفس عن طريق الفم
MRI	أشعة الرنين المغناطيسي
Multiple sclerosis	تصلب متعدد
Myringotomy	بضع الطبلة
Myringotomy	بضع الطبلة
Myringplasty	رأب الطبلة

N

Nasal airway assessment	تقييم مسلك الهواء الأنفي
Nasal eximantion	فحص الأنف
Nasal obstruction	انسداد أنفي
Nasal obstruction treatment	معالجة الانسداد الأنفي
nasal polypectomy	استئصال السليلة الأنفية
Nasopharyngeal examination	فحص البلعوم الأنفي
Neck examination	فحص الرقبة
Neck swelling	تورم الرقبة
Nerve supply	الإمداد العصبي
Nerve supply	الإمداد العصبي للحنجرة
Nerve supply of pharynx	الامداد العصبي للبلعوم
Nicotin stomatitis	التهاب الفم القلاعي النيكوتيني
Noise induced hearing loss	صمم محدث بالضوضاء

Normal tympanic membrane	غشاء الطبلة الطبيعي
Nose bleeding	نزف أنفي

O

Odynophagia	بلع مؤلم
Oncology in ORL	علم الأورام في الأنف والأذن الحنجرة
Oral cavity examination	فحص تجويف الفم
orbital cellulitis	التهاب الهلل الحجاجي
Oropharynx examination	فحص البلعوم الفموي
Osteomylitis	التهاب العظم والنقى
Otitis externa	التهاب الأذن الخارجية
Otitis externa - Caustive organisms	العوامل المسببة
Otitis media classifications	تصنيف التهاب الأذن الوسطى
Otitis media with effusion	التهاب الأذن الوسطى الارتشاحي
Otologia	ألم الأذن
Otorrhea	سيلان الأذن
Otosclerosis	تصلب الأذن
Ototoxcity	تسمم الأذن

P

Paranasal sinus examination	فحص الجيوب الأنفية
pathogensis	أمراض
Pathogensis	المرضيات
Percutaneous	بضع الرغامي عن طريق الجلد
Perforated nasal septum	ثقب الحاجز الأنفي
perforated tympanic membrane	ثقب غشاء الطبلة الرضي

Perichondritis	التهاب سمحاق الغضروف
physiology of ear	فسيولوجية الأذن
physiology of larynx	فسيولوجية الحنجرة
physiology of paranasal sinuses	فسيولوجية الجيوب الأنفية
physiology of pharynx	فسيولوجية البلعوم
Physiology of the nosa	فسيولوجية الأنف
Plain films	الصور الإشعاعية البسيطة
Pneumothrax	استرواح الصدر
postnasal drip	إفرازات أنفية خلقية
Predisposing factors - Otitis extern	العوامل الموهية
Presbycusis	صمم شيخوخي
pyriform fossa	الحفرة الكمثرية

Q

Quenzy (peritonsillar abscess)	الخراج حول اللوز

R

Radiology in ORL	علم الأشعة الأنف والأذن الحنجرة
Red reflex	المنعكس الأحمر
Referred pain	ألم رجيع
Reink's edema	وذمة رينك
Renine test	فحص ريني
Reye's syndrome	متلازمة ري
Rhinitis medicamentosa	التهاب الأنف الدوائي المنشأ
Rhinolalia aperta	خنخنة
Rhinosinusitis	التهاب الأنف والجيوب الأنفية
Runny nose	الأنف المرتشح

S

الحمى القرمزية	Scarlet fever
تعديل الحاجز الأنفي	septoplasty
العلامات	Signs
العلامات	signs
العلامات	Signs
انقطاع النفس النومي	Sleep apnes
إعلال الشم	Smell disturbance
العطاس	sneezing
صبرير	Snoring
التهاب الحلق	Sore throat
بضع الركاب	Stapedectomy
التهاب الفم	Stomatitis
نفاخ تحت الجلد	Subcutaneous emphysema
ضيق تحت المزمار	Subglottic stenosis
مفاجئ	sudden
ماسحة من الأذن	Swab from the ear
ماسحة من الحلق	swab from the throat
الأعراض	Symptoms
الأعراض	symptoms
الأعراض	symptoms

T

طريقة عمل بضع الرغامي	Technique
كسر في عظمة الصدغ	Temporal bone fracture
خراج الفص الصدعي	Temporal lobe abscess

Thrush	سلاق
TMJ	المفصل الصدغي الفكي
Tonsillectomy	استئصال اللوزتين
Tonsils and Adenoids	اللوز والناميات
Tracheomlacia	تلين الحنجرة
Tracheotomy	بضع الرغامي
Trans-illumination	الإضاءة المنقولة
Trauma in ORL	الرضوح في الأنف والأذن والحنجرة
Treatment	العلاج
treatment	العلاج
treatment	العلاج
treatment	العلاج
treatment	علاجه
Trigeminal nerve	العصب الثلاثي التوائم
Tuning fork test	فحوصات الشوكة الرنانة
Turbinate surgery	جراحة القرنية
Tympanogram	المخطط الطبلي
Tympanoplasty	رأب الطبلة
tympanosclerosis	تصلب الطبلة
types	أنواعه

U

Ultrasound	الأشعة فوق الصوتية
ultrasound	الأشعة فوق الصوتية
Unsteadiness	عدم الثبات
UPPP	رأب اللهاة والحنك والبلعوم

V

Vagus nerve	العصب المبهم
Vertigo	الدوار
vestibulitis	التهاب الدهليز
Viral	فيروسي
vocal cord nodule	عقدة الحبل الصوتي
vocal cord paralysis	شلل الحبل الصوتي
vocal cord polyp	سليلة الحبل الصوتي
voice test	فحص الصوت

W

Waldeyer`s ring	حلقة والداير
Wax	أنواع حلقة والداير
Weber`s test	فحص ويبر
with contrast	الأشعة بصبغة

X

X-ray date	تاريخ الأشعة

Y

Young`s operation	عملية ينج

Z

Zenker`s divericulum	رتج زنكر

كشاف الموضوعات

ب

ت

ق

ك

م

ن

و